

Tilburg University

Gewoon bijzonder

Kramer, S.A.

Publication date:
2009

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Kramer, S. A. (2009). *Gewoon bijzonder: Het vertoog van migranten en vluchtelingen in de GGZ*. [s.n.].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Gewoon bijzonder

Gewoon bijzonder

Het vertoog over migranten en
vluchtelingen in de GGZ

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Tilburg, op gezag van de rector magnificus prof. dr. P. Eijlander, in het openbaar te verdedigen ten overstaan van een door het college voor promoties aangewezen commissie in de aula van de Universiteit op woensdag 2 december om 16.15 uur door Sander Kramer geboren op 4-12-1961 te Ede.

Promotoren

Prof. Dr. J.D. Ingleby
Prof. Dr. A. de Ruijter

Voorwoord

Ik wist niet meer dat het exact in 1972 was, toen ik een brief schreef naar minister Lardinois¹ met de vraag om informatie over Suriname en de Nederlandse Antillen. Ik moest op de lagere school een werkstuk maken en wilde meer weten over de landen waar we (Suriname)zegels voor verkochten en geld voor spaarden, dat in een miniatuur –houten- kerk verzameld werd.

Later, op het voortgezet onderwijs, wilde ik net als menig andere puber de wereld ontdekken en droomde ik over verre reizen, werken in andere delen van de wereld. Nederland leek me veel te klein. De reizen waren openbaringen maar ook in Nederland viel veel te ontdekken. In de jeugdhulpverlening kwam ik mensen tegen, die op allerlei manieren van mij en mijn achtergrond verschilden. Ze waren en zijn ‘gewoon bijzonder’.

Vanaf 1985 kom ik in de hulpverlening maar ook daarbuiten veel mensen tegen, die niet in Nederland geboren zijn of van wie de ouders niet hier geboren zijn. Cultuurverschillen worden soms uitvergroot, daardoor kun je ze soms ook beter begrijpen maar uiteindelijk zijn ook deze mensen ‘gewoon bijzonder’. In het vertoog over migranten en vluchtelingen ga ik in op de veranderingen in de samenleving, het beleid en in de zorg. Ik heb ook zelf voortdurend mijn beeld moeten bijstellen. De mensen met wie ik werk, mijn vrienden, de mensen van wie ik hou, laten me voortdurend ervaren dat zij heel bijzonder zijn. Ik ben het gewoon gaan vinden maar soms zie ik het als een bijzondere geschiedenis. Gewoon bijzonder is de positieve omkering van ‘in hokjes denken’. Dat had ik in mijn hoofd toen ik aan dit boek begon.

Bij het schrijven van dit boek heeft een aantal mensen mij enorm geholpen. Ik wil hen heel graag bedanken. Mijn promotoren, David Ingleby en Arie de Ruijter in de eerste plaats. Bij David studeerde ik af, in 1994 en vanaf die tijd hebben we samengewerkt. Ik ontdekte in hem een psycholoog, die kritisch dacht over therapeutische processen en de politieke context op een zeer natuurlijke manier bij de analyse van problemen kon betrekken. Ik heb heel veel van hem geleerd. Met hem en Arie de Ruijter begon mijn wetenschappelijke loopbaan. Arie heeft me sinds 1995 telkens met tussenpozen voorgehouden dat ik toch eens moest proberen een proefschrift te schrijven. Zijn vertrouwen in mij en het optimisme dat dit ook nog redelijk snel zou lukken, heeft me echt over de streep geholpen. In de afgelopen twee jaar, waarin dit boek ontstond, heb ik met hen beiden op een zeer plezierige manier kunnen samenwerken.

Voor het commentaar op eerdere versies wil ik Marianne, Kees, René en Baxter bedanken. Van René kreeg ik bovendien de titel en van Baxter de Engelse samenvatting van dit boek. Jullie zijn gewoon bijzonder.

¹ Ir. P.J. Lardinois was minister belast met coördinatie van aangelegenheden Suriname en de Nederlandse Antillen

Inhoudsopgave

Voorwoord

Hoofdstuk 1: Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ

1.0. Inleiding	7
1.1. Probleemstelling	9
1.2. Methode	15
1.3. Definities	15
1.4. Wetenschappelijke positionering	19
1.4.0. Inleiding	19
1.4.1. Cross-Culturele Psychologie	20
1.4.2. Vertoog	21
1.4.3. Kritische Psychiatrie	22
1.4.4. Reflective practitioner	24
1.5. Samenvatting	25

Hoofdstuk 2 De periode 1972-1983

2.0. Inleiding	27
2.1. Overheidsbeleid	28
2.2. Zorgsysteem	37
2.3. Zorggebruik	40
2.4. De doelgroep	41
2.5. Theoretische modellen	45
2.6. Therapeutische praktijken	48
2.7. Samenvatting	50

Hoofdstuk 3 De periode 1983-1993

3.0. Inleiding	53
3.1. Overheidsbeleid	54
3.2. Zorgsysteem	60
3.3. Zorggebruik	62
3.4. De doelgroep	64
3.5. Theoretische modellen	65
3.6. Therapeutische praktijken	75
3.7. Praktijkervaringen	80
3.8. Samenvatting	85

Hoofdstuk 4 De periode 1993-2002

4.0. Inleiding	87
4.1. Overheidsbeleid	88
4.2. Zorgsysteem	101
4.3. Zorggebruik	102
4.4. De doelgroep	108
4.4.1. Vluchtelingen en asielzoekers	108
4.4.2. Migranten	113
4.5. Theoretische modellen	121
4.5.1. Theoretische modellen over de hulpverlening aan vluchtelingen	121
4.5.2. Theoretische modellen over de hulpverlening aan migranten	128
4.5.3. Theoretische modellen over interculturele aanpassingen in de hulpverlening	131
4.5.4. Theoretische modellen over de socialisatie van hulpverleners	136
4.6. Therapeutische praktijken	137
4.7. Praktijkervaringen	145
4.8. Samenvatting	147

Hoofdstuk 5 De periode 2002-2009

5.0. Inleiding	151
5.1. Overheidsbeleid	152
5.2. Zorgsysteem	161
5.3. Zorggebruik	165
5.4. De doelgroep	168
5.5. Theoretische modellen	174
5.6. Therapeutische praktijken	183
5.7. Praktijkervaringen	188
5.8. Samenvatting	192

Hoofdstuk 6 Samenvatting, wrijven en scharnieren

6.0. Inleiding	195
6.1. Overheidsbeleid	196
6.2. Zorgsysteem	197
6.3. Zorggebruik	198
6.4. De doelgroep	200
6.5. Theoretische modellen	201
6.6. Therapeutische praktijken	203
6.7. Wrijven	206
6.8. Scharnieren naar de toekomst	216

Bijlage I	
Hulpverlening aan asielzoekers	223
Bijlage II	
Interculturele competenties	257
Bijlage III	
Matrixen voor de analyse van de interculturele competenties	277
Summary	279
Literatuurlijst	299

Hoofdstuk 1: Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ

1.0. Inleiding

Onderwerpen die met migratie en de multiculturele samenleving te maken hebben, staan voortdurend ter discussie, zowel in media, academische vertogen als in de praktijk van instellingen in het publieke domein. Deze discussie wordt beïnvloed door internationale en nationale gebeurtenissen, politieke verhoudingen, Europese afstemming en globalisering. Het zich in Nederland vestigen van mensen uit de voormalige koloniën, de werving van arbeidsmigranten en de komst van vluchtelingen uit de hele wereld, geeft het debat over de multiculturele samenleving telkens een nieuwe invalshoek. In eerste instantie werd er in het publieke debat niet zo zwaar getild aan de komst van migranten. Ze zouden toch niet blijven en ze vielen nog niet zo op. In 2004 moest echter een parlementaire enquête, de commissie Blok, aantonen of de integratie van allochtonen mislukt of geslaagd was. De commissie oordeelde dat integratie van allochtonen grotendeels geslaagd is maar dat is niet het gevolg van succesvol overheidsbeleid. De discussie over de resultaten van de commissie Blok was veel betekenisvol. Een (gedeeltelijk) positieve uitkomst van de parlementaire enquête was voor veel politici ondenkbaar of electoraal niet uit te leggen. Met name de populariteit van politieke partijen, die de islam als grote boosdoener zien voor alle maatschappelijke problemen, geeft het debat over integratie en de multiculturele samenleving een gespannen context.

Mensen zijn mobieler geworden. Binnen Europa zijn de grenzen vervaagd, mensen reizen meer en doen meer interculturele contacten op. De denkbeeldige grenzen zijn dunner geworden, mensen hebben meer informatie over andere werelddelen, bevolkingsgroepen, verschillende godsdiensten, leefgewoonten en samenlevingen. Dat zet mensen aan tot denken, de normaliteit van bepaalde opvattingen komt steeds vaker ter discussie te staan. De grenzen vervagen, binnen Europa kun je gemakkelijk naar een ander land reizen en daar op z'n minst tijdelijk werken. Voor mensen van buiten Europa is het heel moeilijk geworden om Europa binnen te komen, zeker als zij asielzoeker zijn. We zien de gruwelijke gevolgen van de wanhopige pogingen om het 'fort Europa' binnen te komen in de media. Het denken over en omgaan met culturele verschillen blijkt niet altijd eenvoudig. Macht en angst spelen een rol in het denken over interculturele verschillen op elk gebied, ook op dat van gezondheid.

We zullen ons richten op één sector in het publieke domein, de gezondheidszorg en daarbinnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland. De keuze voor deze sector is gemaakt omdat de GGZ in eerste instantie nog wat achter bleef, waar het ging om gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen, maar vanaf de jaren '80 vooraan liep in de ontwikkeling van interculturele zorg. Er zijn vele publicaties en discussies over interculturele onderwerpen, die zicht geven op het vertoog van hulpverleners in

de GGZ over migranten en vluchtelingen. Die zullen we analyseren en ingaan op hoe het vertoog van hulpverleners over migranten en vluchtelingen er uitzag en uitziet en ook kijken naar wat de lange termijn ontwikkelingen zijn. We zullen dan nagaan hoe zorggebruik door migranten en vluchtelingen is veranderd en welke discussies er zijn over interculturele zorg. Een andere beschouwing betreft de vraag op grond van welke kenmerken er verschil wordt gemaakt tussen en onder migranten en vluchtelingen. En tenslotte vragen we ons af welke aannames van hulpverleners een rol spelen in hun opvattingen over hulpverlening, problemen en zorg. Daarin krijgt de vraag hoe zij het concept cultuur gebruiken aparte aandacht.

Het vertoog omvat de maatschappelijke context, het zorgsysteem en het zorggebruik, de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken. In de bespreking van de maatschappelijke context kijken we naar het overheidsbeleid in zake immigratie en integratie en naar het beleid op het gebied van gezondheid. In het overheidsbeleid spelen algemene politieke verhoudingen, economische conjunctuur en het maatschappelijk klimaat ten aanzien van immigratie een belangrijke rol. Algemene ontwikkelingen in de GGZ geven een beeld van toegenomen ambulante zorg, meer aandacht voor psychosociale verklaringen voor psychopathologie en een toenemend gebruik van geestelijke gezondheidszorg. In de beschouwing zullen we, voor zover de gegevens toereikend zijn, het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg door migranten en vluchtelingen opnemen.

In de theorie en praktijk van de zorg gaan we in op de beschrijving van doelgroepen, theoretische modellen en therapeutische praktijken. We zullen het vertoog analyseren aan de hand van literatuur, discussies, onderzoek en praktijkervaringen.

We gebruiken de termen migranten en vluchtelingen naast elkaar omdat het onderscheid voor de constructie van de doelgroep van grote betekenis is. We volgen dan ook de aanduidingen, die in de verschillende periodes het meest gangbaar waren. In de eerste periodes spreekt men vooral over migranten, meestal lijken vluchtelingen daar niet bij te horen. In de derde periode lijken er vrijwel gescheiden circuits in de zorg te bestaan voor migranten en vluchtelingen en gebruiken we de termen dus naast elkaar. In de laatste periode worden de groepen juist weer meer in één adem genoemd als allochtonen. Iedere terminologie kent voor- en nadelen. Een te sterk benadrukken van verschil suggereert een te groot onderscheid, bijv. in de mate van vrijwilligheid van migratie of vlucht of in het benadrukken van (geweld- en vlucht)ervaringen in het verleden ten opzichte van huidige maatschappelijke problemen. Maar het naast elkaar gebruiken van de termen migrant en vluchtelingen doet mogelijk, behalve het hierboven geschetste argument, ook meer recht aan hoe mensen zichzelf definiëren. Dat geldt meestal niet voor de term allochtoon. Deze term wordt vaak als een beleidsterm gevoeld, die vooral gebruikt zou worden om mensen uit te sluiten (bijv. ten opzichte van Nederlanders). Op de inhoud van de termen komen we terug in 1.3.

Hulpverleners in de GGZ hebben verschillende opvattingen over het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsproblemen. In dit proefschrift gaat het over hulpverleners in de GGZ en hun migranten- en vluchtelingencliënten. Het vertoog van hulpverleners wordt zichtbaar in opvattingen, handelingen en houding van hulpverleners ten aanzien van cliënten met een (gedwongen)

migratie achtergrond. Sommige hulpverleners zijn trendsetters, zij voeren de boventoon, publiceren en spreken op symposia. Dat is als het ware de bovenstroom van het vertoog. De onderstroom is de praktijk van alledag, waarin hulpverleners hulp verlenen aan cliënten. Het primaire proces en de analyses daarvan door hulpverleners komen aan bod in enkele onderzoeken. Enkele zelf uitgevoerde onderzoeken zijn in de bijlagen toegevoegd. Ter illustratie van het vertoog van hulpverleners over migranten en vluchtelingen in de GGZ maak ik ook gebruik van eigen praktijkervaringen in de jeugdhulpverlening en Jeugd-GGZ.

We zullen nu de probleemstelling en methode van onderzoek uiteenzetten en enkele centrale begrippen definiëren. Vervolgens besteden we aandacht aan de wetenschappelijke positionering van dit onderzoek.

1.1. Probleemstelling

Doelstelling

Het doel van dit proefschrift is inzicht geven in de praktijk van de hulpverlening en zorg aan migranten en vluchtelingen. Het vertoog van hulpverleners in de GGZ geeft weer welke doelgroepen geconstrueerd worden en welke theoretische modellen en therapeutische praktijken gangbaar zijn geworden. Daarmee kunnen we de discussie over cultureel verantwoorde zorg en over intercultureel competente hulpverleners een basis geven. Het verhelderen van standpunten brengt de discussie op een hoger plan.

Een tweede, meer praktijkgericht doel is de bevordering van deskundigheid van hulpverleners. Vaak zien we dat allerlei theoretische modellen over hulpverlening aan migranten en vluchtelingen door elkaar heen lopen en soms ook niet zorgvuldig gebruikt worden. Misverstanden, stereotype beelden, onnodige obstakels en onbekendheid met de werkelijke achtergronden vertragen de ontwikkeling van gelijkwaardige toegang tot en kwaliteit van zorg.

De hulpverleners, die werken met migranten en vluchtelingen in de GGZ, zijn daartoe niet specifiek opgeleid. Een aantal opleidingen voor verpleegkundigen, gz-psychologen, artsen en psychiaters heeft wel interculturele thema's in hun onderwijs opgenomen. Dit gebeurt echter niet systematisch of op nationaal niveau. Er is bovendien weinig inhoudelijke samenhang tussen verschillen in geestelijke gezondheid van migranten en vluchtelingen en het onderwijs curriculum. Vaak wordt casuïstiek gebruikt als illustratie van interculturele thema's zonder aandacht te besteden aan de prevalentie van dergelijke thema's. Het methodisch gebruik van dergelijke casuïstiek zou zorgvuldig moeten gebeuren. Door in onderwijs over bepaalde casuïstiek te spreken, bestaat het risico dat een situatie of probleem gereduceerd wordt tot enkele kenmerken van die casus, waardoor stereotype beelden over etnische of culturele groepen bestendigd worden.

In het onderstaande voorbeeld gaat het om Marokkaanse gezinnen en het thema kindermishandeling. Door een Nederlands-Marokkaanse acteur uit te nodigen, creëert de docent de mogelijkheid voor studenten om te oefenen met interculturele communicatie. De acteur krijgt echter heel gemakkelijk de rol in

zijn schoenen geschoven van degene die voor alle Marokkaanse ouders en gezinnen zou kunnen spreken.

In de opleiding tot gz-psychologen bij de RINO Amsterdam heb ik met de docenten van drie modulen en de studenten onderzocht, in hoeverre interculturele aspecten opgenomen konden worden in het onderwijs curriculum (Kramer, 2007). In één moduul leidde dat tot gebruik maken van een Nederlands-Marokkaanse acteur, die de studenten rollenspelen liet doen om te leren gesprekken over kindermishandeling met Marokkaanse ouders te voeren. De studenten waardeerden dit onderdeel zeer hoog omdat zij de kans kregen aan de Marokkaans-Nederlandse acteur te vragen 'hoe het nou eigenlijk zit met de opvattingen over kindermishandeling in Marokkaanse gezinnen'. Studenten gaven aan ook behoefte te hebben aan onderwijs in deze vorm met mensen met een andere etnische achtergrond, zoals Surinamers en Ghanezen. De docente was zich aan de ene kant wel bewust van het risico op generaliseren maar zij had ook de behoefte om op deze manier concreet over 'problemen met Marokkaanse gezinnen' te spreken en gaf daarbij aan dat in het verleden veel te voorzichtig 'politiek correct' was omgegaan met culturele dimensies van opvoeding en mishandeling.

Het voorbeeld laat zien dat het gebruik van een persoon met dezelfde etnische achtergrond als de cliënt, waar men iets over wil weten, gemakkelijk kan leiden tot algemene uitspraken over de etnische groep. In dit voorbeeld denken de studenten nu te weten hoe kindermishandeling in (alle) Marokkaanse gezinnen aan bod kan komen. Dit fenomeen doet zich zowel in opleidingssituaties voor als in de praktijk, wanneer bijv. een collega met dezelfde etnische achtergrond als de cliënt gevraagd wordt inzicht te geven in de problemen van de cliënt.

Een ander voorbeeld van het vertoog van hulpverleners heeft te maken met onbekendheid met de doelgroepen, waar men als hulpverlener mee te maken. Zoals in dit voorbeeld van een stagiaire in de GGZ.

Bij het eerste intake gesprek met een Nederlands-Marokkaanse jongen van 11 jaar en zijn Marokkaanse vader, werd gesproken over de klachten die deze jongen had. Hij was veel drukker geworden na een incident, waarbij hij zijn vinger was verloren. De vader had veel begrip voor de klachten van zijn zoon, al was het drukke gedrag soms ook storend. Achteraf spraken we de intake na met de stagiaire, die bij dit gesprek aanwezig was geweest. Zij vertelde dat zij erg onder de indruk was van de vriendelijkheid van deze vader en de 'normale manier' waarop we met hem en zijn zoon hadden kunnen spreken over de klachten. Zij kende Marokkaanse jongens eigenlijk alleen maar uit de krant en deze jongen en zijn vader leken totaal niet op het stereotype beeld van lastige Marokkaanse jongens en niet-betrokken, machteloze vaders.

Dit voorbeeld laat zien dat het vertoog van hulpverleners over migranten, in dit geval Marokkanen niet alleen gevormd wordt door praktijkervaring. Persoonlijke omstandigheden en de publieke opinie en discussie over Marokkanen klinken er in door.

De achtergrond van opvattingen, de verschuivingen in de constructie van 'de cultureel anderen' (van Dijk, 2007) en de ideeën over adequate zorg komen aan bod in het beschrijven van het vertoog van hulpverleners in de GGZ over migranten en vluchtelingen.

Het herkennen van bepaalde patronen in opvattingen zorgt voor meer reflectie en bijstelling van onjuiste of niet volledige beelden. Houdt men de constructie van 'de ander' tegen het licht, dan kan ook duidelijk worden op welke grond beslissingen genomen worden over de toegankelijkheid van de voorziening voor specifieke groepen. Zeker nu anno 2009 allochtonen steeds meer deel uit maken van de cliëntenpopulatie van de GGZ, is het vergroten van de interculturele competenties van alle hulpverleners een logische stap vooruit.

Vraagstelling

Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ analyseren we aan de hand van een centrale vraag, die uiteen valt in een aantal deelvragen. De centrale vraag luidt:

Wat is het vertoog over migranten en vluchtelingen van hulpverleners in de GGZ, en hoe is dat vertoog sinds 1972 veranderd?

Deze vraag is verdeeld in een aantal subvragen:

- Wat is het kader, overheidsbeleid en zorgsysteem, van de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen?
- Hoe ziet het zorggebruik eruit, zowel van de algemene bevolking als van migranten en vluchtelingen?
- Hoe worden verschillende doelgroepen geconstrueerd?
- Welke theoretische modellen over hulpverlening aan migranten en aan vluchtelingen zijn er ontwikkeld?
- Welke therapeutische praktijken van hulpverleners met migranten en met vluchtelingen zijn gangbaar geworden?

Uitwerking van de vraagstelling

Het vertoog over migranten en vluchtelingen begint met het overheidsbeleid en het maatschappelijk klimaat ten aanzien van migratie en de multiculturele samenleving. Het overheidsbeleid biedt een kader om zorgaanbod te ontwikkelen. Dat heeft gevolgen voor het zorggebruik van migranten en vluchtelingen, naast andere factoren zoals taal en informatie.

Hulpverleners, die zich richten op migranten en vluchtelingen, beschrijven de problemen van hen vaak als problemen, die bij een bepaalde groep horen. Dan worden de individuele problemen geplaatst in de context van de groep, bijvoorbeeld die van Marokkaanse gastarbeiders, vluchtelingen of islamitische vrouwen. Is er eenmaal een beeld geconstrueerd van de cliënt, dan is de volgende vraag of deze groep wel thuis hoort in de GGZ. In de omschrijving van de (problematiek van een) doelgroep, kan ook naar voren komen dat andere instellingen meer aangewezen zijn om hen te helpen.

Lijkt de GGZ wel aan te kunnen sluiten bij de problemen van de doelgroep, dan is de vraag vervolgens hoe de hulpverleners met deze cliënten omgaan. In theoretische modellen en therapeutische praktijken zien we hoe het professionele vertoog over migranten en vluchtelingen zich ontploopt.

Ordening

De analyse en beschrijving van het vertoog van hulpverleners in de GGZ over migranten en vluchtelingen zullen we ordenen door een indeling te maken in vier periodes. Die indeling is gemaakt op basis van maatschappelijke ontwikkelingen, beleid ten aanzien van migratie en integratie en de reacties van instellingen en hulpverleners daarop.

De markering van de periodes is gebaseerd op momenten, bijvoorbeeld het verschijnen van een bepaald rapport of de wijziging van beleid en politieke besluitvorming. We zullen deze momenten hier vast kort toelichten.

- In 1972 wordt het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers opgericht, dat we kunnen zien als voorzichtige erkenning van het bestaan van migranten in Nederland.
- In 1983 verschijnt de Minderhedennota. Dit is de officiële erkenning van migratie omdat de gedachte van tijdelijkheid wordt opgegeven.
- In 1993 is er geen duidelijke markering maar vanaf 1993 is er meer aandacht voor vluchtelingen in de zorg. Er komen meer asielzoekers naar Nederland.
- In 2002 zijn er tumultueus verlopende parlementsverkiezingen en vormt Balkenende twee kabinetten. Het actieve overheidsbeleid op het gebied van interculturalisatie komt daarmee ten einde.

Thema's

In de hoofdstukken over deze periodes zullen we het vertoog van hulpverleners beschrijven aan de hand van een aantal, telkens terugkerende thema's, die we als kernvragen per hoofdstuk uitwerken. De thema's zijn:

1. overheidsbeleid, zorgsysteem en zorggebruik;
2. theorie en praktijk met als onderverdeling de doelgroepen, theoretische modellen en therapeutische praktijken.

Overheidsbeleid

Het eerste thema is het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie. Daarbij gaat het om de regulering van migratie en de maatregelen, die de politiek op dat terrein voorstelt en uitvoert. Integratie is gericht op een gelijkwaardige positie in de samenleving van migranten en inburgering. Dit is het politieke en maatschappelijke kader van het zorgsysteem. De politiek beïnvloedt het maatschappelijke klimaat waarin migranten en vluchtelingen zich bevinden en de politiek wordt er op haar beurt ook weer door beïnvloed. De economische conjunctuur heeft effect op migratie, zowel bij een krappe arbeidsmarkt als in tijden van hoge werkloosheid.

Het beleid dat de overheid voert ten aanzien van migratie, integratie en asiel en de verschuivingen op deze terreinen hebben ook invloed gehad op het beleid ten aanzien van (geestelijke) gezondheid. Zo staan we stil bij de vraag voor welke doelgroepen er beleid werd gemaakt en wat de (concrete) voorstellen waren om de zorg te verbeteren.

Zorgsysteem

Het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie heeft invloed op alle terreinen in het publieke domein. We zullen de ontwikkelingen in de zorg en de institutionele reacties op het overheidsbeleid ten aanzien van gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen per periode uitwerken. Dat gebeurt telkens tegen de achtergrond van algemene ontwikkelingen in de GGZ.

Zorggebruik

Per periode zullen we analyseren of migranten en vluchtelingen gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg en hoe dit zorggebruik verandert ten opzichte van Nederlanders 'van de koude grond'. Op dit gebied hebben we te maken met onzorgvuldige en onvolledige statistische gegevens. Helaas kunnen we daardoor niet alle details van ontwikkelingen in het zorggebruik beschrijven. Toch geven diverse onderzoeken naar zorggebruik wel een beeld van het gebruik dat migranten en vluchtelingen maken van de GGZ. Deze gegevens krijgen vooral betekenis als we naar de verschuivingen in zorggebruik van de totale bevolking kijken.

We willen weten in hoeverre migranten, vluchtelingen en asielzoekers gebruik maken van de GGZ en hoe de interacties tussen hen en hulpverleners verlopen. Hier valt allereerst op te merken dat er een groot verschil bestaat tussen instellingen in de grote steden en daarbuiten. Dat valt samen met de concentratie van migranten en vluchtelingen in de Randstad. Maar de instellingen zijn onderling ook verschillend in hun beleid en de ontwikkeling van interculturele zorg.

Theorie en praktijk van de zorg

Het tweede thema is de theorie en praktijk van de zorg. Achtereenvolgens kijken we naar de beschrijving en constructie van de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken.

Constructie van de doelgroep

In de zorg is de aandacht voor migranten en vluchtelingen in de loop van de tijd verschoven. De Indische Nederlanders worden in de psychiatrie niet of nauwelijks als een aparte doelgroep bestempeld. In de psychiatrie begint het vertoog over migranten in de loop van de jaren '80 vorm te krijgen. De grootste groepen migranten in Nederland zijn Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen. In de GGZ ging de meeste aandacht uit naar Marokkanen en Turken, over Surinamers werd geschreven als het gaat over wintje en jonge Antillianen mogen zich de afgelopen jaren ook verheugen op enige aandacht. We zullen zien dat vooral Marokkanen en Turken in de jaren '70 en '80 van de 20^e eeuw gezien worden als mensen met een exotische achtergrond, die lijden aan het verlies van doel-streven en die soms, maar in steeds mindere mate, te maken hebben met bovennatuurlijke verschijnselen zoals djinns. Later wordt de nadruk op cultuurverschillen kleiner en worden migranten steeds meer gezien als 'gewone

cliënten', maar dan met een migratiegeschiedenis. Daarin worden interculturele thema's herkend.

Vluchtelingen en asielzoekers komen vanaf de tweede helft van de jaren '90 meer in beeld van de GGZ. Deze doelgroep wordt door de hulpverleners als minder exotisch ervaren. Hulpverleners herkennen de problemen eerder en identificeren zich gemakkelijker met vluchtelingen. Door sommigen worden vluchtelingen zelfs liefdevol omarmd. Bovendien sluit de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen aan op de in zwang geraakte opvattingen over psychotrauma en verwerking daarvan.

Vanaf ongeveer 2000 worden migranten en vluchtelingen steeds meer in één adem genoemd als een groep, allochtonen, waarin allerlei verschillende culturen vertegenwoordigd zijn maar waarbij etniciteit of type migratie niet langer de alles verklarende factor is. Er ontstaan dan allerlei andere indelingen. 'Allochtonen' gaan in de loop van de tijd steeds meer gebruik maken van de GGZ.

Theoretische modellen

Theoretische modellen liggen, impliciet of expliciet, ten grondslag aan therapeutische praktijken. De input voor een theoretisch model voor de hulpverlening aan migranten of vluchtelingen is in ideale zin de analyse van de problematiek van een bepaalde doelgroep, gecombineerd met een idee over behandeling van die problematiek. Wetenschappelijke achtergrond, discipline, waarden en normen en praktijkervaring zullen in meer of mindere mate een rol spelen in de ontwikkeling van bepaalde theoretische modellen. Per periode zullen we de theorie in theoretische modellen weergeven. We zien verklaringen voor psychische problemen, waarin de cultuur van herkomst van migranten en vluchtelingen centraal staat. De aarzeling over de invloed van maatschappelijke omstandigheden, (gedwongen) migratie en de bezinning op het professionele vertoog ten aanzien van psychische problemen komen in allerlei vormen terug.

Therapeutische praktijken

Therapeutische praktijken reflecteren bepaalde theoretische modellen. Wat hulpverleners, migranten en vluchtelingen met elkaar doen, valt onder de term therapeutische praktijk. Soms zal het verband tussen theoretisch model en therapeutische praktijk sterk zijn, soms is het slechts een aanname van de onderzoeker om dit verband te vermoeden. Therapeutische praktijken hebben echter ook los van het zicht op theoretische modellen, een onafhankelijke waarde in de verkenning van het vertoog. De praktijk laat zien hoe er gedacht wordt over de behandeling van psychische problemen van migranten en vluchtelingen en wat men daadwerkelijk doet.

1.2. Methode

Het vertoog van hulpverleners in de GGZ wordt onderzocht door gebruik te maken van publicaties, artikelen en beleidsstukken. Dat zijn secundaire bronnen. Voor de publicaties over migranten en vluchtelingen in de GGZ hebben we gekozen voor een aantal boeken en teksten, die het vertoog van hulpverleners in die periode weergeven en tegelijkertijd de discussie onder hulpverleners beïnvloed hebben. Het zijn de boeken, die iedere hulpverlener, die met migranten en vluchtelingen werkt(e) in zijn of haar boekenkast moe(s)t hebben staan.

Het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid (MGv) heeft vanaf 1981 in een aantal themanummers aandacht besteed aan migranten en vluchtelingen in de GGZ. De bijdragen van diverse auteurs en de discussie van de hoofdredacteur zullen we analyseren. De reeks symposiumverslagen van de conferenties 'Culturen binnen psychiatriemuren', van 1992 tot 2002 en het tijdschrift Cultuur, Migratie en Gezondheid (CMG), dat verschijnt vanaf 2004, worden als secundaire bronnen gebruikt. Het voordeel van bronnen zoals MGv en CMG is dat het redactioneel commentaar en de discussie over bijdragen een beeld geven van de discussie in de GGZ over hulpverlening aan migranten en vluchtelingen.

Voor het onderzoek worden ook primaire bronnen gebruikt. Die zijn te verdelen in empirisch onderzoek en praktijkervaring. Vanaf 1995 hebben we onderzoek gedaan naar migranten en vluchtelingen in de GGZ. Het vertoog aan de hand van secundaire bronnen wordt in vier periodes beschreven. We hebben aan die periodisering voorkeur gegeven boven een onderbreking in de vorm van empirisch onderzoek. Het empirisch onderzoek naar de behandeling van een specifieke groep, de asielzoekers, sluit wel heel mooi aan bij het in hoofdstuk 4 weergegeven vertoog. En het onderzoek naar de interculturele competenties past bij het zoeken naar nieuwe interculturele verschillen in de doelgroep, die we 'allochtonen' zijn gaan noemen in hoofdstuk 4 en 5. Omdat we de lezer deze verdieping in onderwerpen niet willen onthouden, zijn beide onderzoeken als bijlagen toegevoegd.

Mijn ervaring als hulpverlener in de jeugdhulpverlening en de GGZ gebruik ik als illustraties bij delen van de analyse van het vertoog.

1.3. Definities

We zullen de termen allochtoon, migrant, vluchteling en asielzoeker definiëren.

Allochtoon

Tegenwoordig is het begrip allochtoon de meest gebruikte aanduiding voor mensen die minimaal één ouder hebben, die niet in Nederland is geboren of die zelf niet in Nederland geboren zijn. Er wordt al snel een onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. De mate van welvaart van het land is bepalend voor de indeling in westers en niet-westers met als gevolg dat een Japanner wel westers en een Chinees voorlopig nog niet westers is. Tot de

categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië, met uitzondering van Indonesië en Japan.

Het uitsluitend benadrukken van etniciteit als onderscheid tussen allochtonen en autochtonen staat ter discussie. Soms is het weergeven van geboortelanden ook de enige betekenis, die men met het woord allochtoon wil overbrengen. Maar vaak wordt met de term allochtoon gesuggereerd dat iemand geen of geen geïntegreerde Nederlander is, terwijl dit feitelijk niet juist hoeft te zijn. Een ander probleem is dat geboorteland en etniciteit niet overeen hoeven te komen. In Indonesië is het bijv. heel gebruikelijk dat mensen zich als Chinees blijven presenteren terwijl zij feitelijk Indonesiërs zijn. Datzelfde verschijnsel zien we bij allochtonen in Nederland.

Migrant

Een migrant is iemand die vanuit een ander land geëmigreerd is om in een nieuw land langdurig of definitief te verblijven en te werken. Vaak wordt in Nederland gesproken over de klassieke migrantengroepen. Dit zijn Surinamers, Antillianen, Indonesiërs, Marokkanen en Turken. Indonesiërs worden niet in alle overzichten over migranten opgenomen vanwege het eerder genoemde onderscheid tussen westerse en niet-westerse allochtonen.

Arbeidsmigratie en transnationale gezinsvorming zijn eeuwenoude verschijnselen. Migratie is letterlijk het zich in een ander land vestigen om daar door middel van arbeid een nieuw bestaan op te bouwen. In die zin kan migratie dus alleen bestaan als er sprake is van natie-staten, die een grens om hun grondgebied hebben getrokken. Tegenwoordig kunnen alleen burgers van de Europese Unie onderling gemakkelijk migreren als zij in een ander land willen werken. De klassieke migrantengroepen hebben ieder een verschillende geschiedenis en het beleid van de Nederlandse overheid ten aanzien van de groepen is verschillend geweest. Het is daarom van belang de migranten niet als één groep te zien, ook al zijn er allerlei overeenkomsten.

Vluchteling

De meeste vluchtelingen zijn ooit als asielzoeker naar Nederland gekomen. In het Vluchtelingenverdrag van 1951, uitgebreid in 1967, wordt gedefinieerd wat een vluchteling is. Daarnaast nodigt Nederland per jaar 500 vluchtelingen uit, die door de UNHCR worden voorgedragen. Volgens het Vluchtelingenverdrag is een vluchteling iemand die in zijn thuisland gegronde vrees heeft voor vervolging. Redenen voor vervolging kunnen zijn ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging of seksuele voorkeur. Of iemand voldoet aan de voorwaarden van het Vluchtelingenverdrag, beslist de Immigratie en Naturalisatiedienst (IND).

Maar vóór dat Nederland het Vluchtelingenverdrag tekende, waren er natuurlijk ook al vluchtelingen. In Nederland wordt dan vaak gewezen op de Hugenoten die in de 16^e eeuw vanuit Frankrijk naar Nederland vluchtten vanwege vrees voor religieuze onderdrukking en vervolging en op Belgische burgers in de Eerste Wereldoorlog, een groep van ongeveer een miljoen mensen, die na de beëindiging van de Eerste Wereldoorlog grotendeels terug ging. Daarnaast zullen er in familiegeschiedenissen allerlei migratiestromen terug te

vinden zijn, waarvan men soms achteraf kan vaststellen dat het ging om vluchtelingen.

Kijken we naar de vluchtelingen, die naar Nederland kwamen in het kader van het Vluchtelingenverdrag van Genève, dan zien we Hongaren in 1956 en in de jaren '70 vooral vluchtelingen uit Zuid-Amerika, later uit Vietnam en daarna veel andere herkomstlanden, als een spiegel van de internationale conflicten. Deze groep is niet gemakkelijk in de statistieken terug te vinden als het gaat om aantallen. Asielzoekers worden per jaar geregistreerd maar tijdens de asielprocedure vertrekt een deel met onbekende bestemming. Hebben zij een vluchtelingenstatus, dan wordt dit alleen in de eerste gemeente van vestiging vermeld, daarna kan hooguit nog etniciteit geregistreerd worden. Terugkeer of tijdelijk verblijf in een ander Europees land en mogelijk zelfs permanent verblijf aldaar, is niet altijd in Nederland bekend. Dat geldt bijvoorbeeld voor de Somalische vluchtelingen, waarvan een deel na het verkrijgen van een Nederlands paspoort naar Engeland verhuist en soms later weer terugkomt.

VluchtelingenWerk Nederland schat het aantal in Nederland verblijvende erkende vluchtelingen in 2008 tussen de 200.000 en 250.000.

Asielzoeker

Asielzoekers zijn personen die een beroep doen op het Verdrag van Genève¹ van 1951 en via de asielprocedure aannemelijk moeten maken dat zij vallen onder één van de groepen die volgens de Vreemdelingenwet het recht geeft op een asielgerelateerde status. Het aanvragen van een status gebeurt via de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND), een agentschap van het ministerie van Justitie. Zolang een asielzoeker in Nederland nog in de asielprocedure is, geldt voor hem of haar een apart huisvestingssysteem met beperkte rechten. Worden asielzoekers toegelaten, dan zal voor hen vaak de term vluchteling gebruikt worden. Wordt hun asielaanvraag afgewezen, dan worden zij soms aangeduid als afgewezen asielzoekers maar ook als on-gedocumenteerden en illegalen.

In de afgelopen jaren heeft een proces van gedeeltelijke harmonisatie van de asielprocedures op Europees niveau plaats gevonden. De meeste asielzoekers zoeken veiligheid in een nabijgelegen land, vaak in vluchtelingenkampen. Slechts een kleine minderheid vlucht naar Westerse landen om daar asiel aan te vragen. Vanaf het begin van de jaren negentig kwamen er gemiddeld ongeveer 30.000 asielzoekers per jaar naar Nederland. Ze kwamen voornamelijk uit landen waar interne gewapende conflicten heersten, zoals Irak, Iran, Afghanistan, Somalië en voormalig Joegoslavië (Van Willigen, 1999, in Rohlof, Groenenberg & Blom, p11).

Tot de komst van een groep asielzoekers uit Sri Lanka (1985) werd voor de opvang van vluchtelingen een beroep gedaan op burgers, die vluchtelingen in hun huis opnamen of de vluchtelingen zorgden zelf voor huisvesting. Zij kregen een gewone bijstandsuitkering.

De Tamils waren de eerste groep asielzoekers in Nederland die als 'anders' werden gezien. Het waren veelal jonge mannen die niet voldeden aan het traditionele beeld van de vluchteling als balling uit een bekend dictatoriaal geregeerd land. De Tamils kwamen terecht in soms

¹ Inclusief het protocol van New York van 1967.

brandgevaarlijke pensions en uit protest tegen hun opvangsituatie staken enkele Tamils een pension in brand. De problemen rond de komst en huisvesting van Tamils leidden uiteindelijk tot nieuw beleid: de Regeling Opvang Asielzoekers (ROA) (Geuijen in Grotenhuis, 2003, p16).

Het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA)² biedt asielzoekers huisvesting en ondersteunt hen in de voorbereiding op hun toekomst, in Nederland of elders (website COA).

Eind jaren negentig liep het beantwoorden van de asielaanvragen volledig vast door de toename van het aantal aanvragen (Doomernik, Ficq & Mol, 1999). De termijn waarbinnen asielzoekers uitsluitsel konden verwachten over hun asielverzoek kon oplopen tot meer dan 10 jaar (!). Inmiddels zijn deze 'lange-termijners' door het Generaal Pardon grotendeels zeker van verblijf in Nederland. In juli 2009 werd bekend dat staatsecretaris Albayrak van Justitie 27.700 asielzoekers, die onder het Generaal Pardon vallen een status heeft verleend. Zo'n 6000 asielzoekers kregen geen status (Trouw, 13-7-2009). Per jaar worden de cijfers over instroom van asielzoekers en behandeling van hun aanvraag bijgehouden door de IND. In de opvang van asielzoekers zien we veranderingen, die te maken hebben met de grootte van de groep en het beschikbaar willen houden van de asielzoekers voor de juridische gang van zaken rond hun asielaanvraag. Door de centrale opvang in Asielzoekers Centra zijn asielzoekers ook maatschappelijk een meer zichtbare groep geworden.

Generalisaties

Er zijn argumenten voor een generalisatie van de termen arbeidsmigranten, asielzoekers en vluchtelingen tot het woord migranten. In sommige migratie studies wordt er op gewezen dat de aanleiding tot migratie kan verschillen maar dat migranten en vluchtelingen in Europa vaak in zeer vergelijkbare situaties terecht komen. Ze delen vaak de lagere sociaal economische positie, het moeten verwerven van een nieuwe taal en zij maken deel uit van een etnische en/of culturele minderheid, die door de ontvangende samenleving met discriminatie en uitsluiting wordt begroet.

Men kan zelfs nog verder gaan in het zien van overeenkomsten tussen de groepen arbeidsmigranten en vluchtelingen door ook de in een land intern verplaatste mensen te beschouwen. Dat wordt wel het asylum-migration nexus debat genoemd, waarmee verwezen wordt naar de 'mixed flows'. Aan het einde van de jaren negentig werd geconstateerd dat –mogelijk ten gevolge van de restrictieve maatregelen ten aanzien van asielzoekers, waardoor deze steeds meer een beroep op mensensmokkelaars moeten doen, gecombineerd met het ontbreken van een migratiebeleid in de EU- migranten ook gebruik zijn gaan maken van de 'asielroutes'. Het onderscheid tussen gedwongen migratie en geluk zoeken, en alle varianten die daar tussenin zitten, is subjectief geworden.

² Het COA was een zelfstandig bestuursorgaan van het Ministerie van WVC en is dat nu van het ministerie van Justitie.

1.4. Wetenschappelijke positionering

1.4.0. Inleiding

Ik sta als wetenschapper en als hulpverlener op het kruispunt van verschillende beïnvloedingsbronnen. Ik verhoud me kritisch tot de cross-culturele psychologie, waarin ik in 1995 ben afgestudeerd. Kritisch omdat de ‘mainstream’ cross-culturele psychologie vooral geïnteresseerd lijkt in vergelijkende studies tussen landen op basis van psychologische concepten die in het westen zijn ontwikkeld. Ik ben vooral geïnteresseerd in de cultuurverschillen, die hulpverleners en onderzoekers identificeren en opnemen in verklaringen voor verschillen in gezondheid en zorggebruik, en voor verschillen in de interacties tussen migranten en hulpverleners.

Vanaf 2000 is de Masteropleiding Interculturalisatie³ een belangrijke bron van kennis en ervaring vanuit allerlei disciplines geweest. In de master maakten we gebruik van een multidisciplinaire benadering van vraagstukken op het gebied van migratie, de non-profit sectoren en veranderingen in organisaties. Dat betekent dat sociologen, organisatiewetenschappers, antropologen, psychologen en andere wetenschappers zorgden voor verschillende perspectieven. Bovendien is de Master onderdeel van een Europees netwerk. Samenwerking op Europees niveau op dit terrein geeft inzicht in de samenhang van de maatschappelijke context met de ontwikkelingen in de zorg voor migranten. Door mijn betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van de Master heb ik de kans gehad vraagstukken van interculturele zorg op uiteenlopende wijze te analyseren. Op die achtergrond baseer ik mijn wetenschappelijke positie, meer dan op uitsluitend de cross-culturele psychologie.

De analyse van de context, politieke verhoudingen, maatschappelijke ontwikkelingen en sociaal-economische posities van migranten, is mijns inziens essentieel voor een goed begrip van ontwikkelingen in de zorg en therapeutische praktijken. Vandaar dat ik in mijn wetenschappelijke positionering gebruik maak van de analyse van een vertoog en kritische psychiatrie. Ik zal beide pijlers van de wetenschappelijke positionering hieronder toelichten.

Het kruispunt van verschillende beïnvloedingsbronnen geldt ook voor de ervaringen in de hulpverlening. In de positie van groepsleider, maatschappelijk werker en psycholoog in diverse instellingen, heb ik kennis opgedaan van (ortho) pedagogische visies, gezins- of systeemtheorie en psycho-sociale hulpverlening. Omdat ik praktijkervaringen als illustratie van de zorg zal opnemen, zal ik ook de positie van ‘reflective practitioner’ toelichten.

³ De Masteropleiding Interculturalisatie is een Post Academische opleiding geweest voor professionals in de publieke sector. De opleiding was onderdeel van de Utrechts School voor Bestuurs en Organisatiewetenschap. De laatste groep studenten van deze executive Masters studeerde af in april 2009.

1.4.1. Cross-Culturele Psychologie

In de Cross-Culturele Psychologie en in de Interculturele Psychologie, zijn diverse wetenschappelijke posities te herkennen. In Nederland spreken we vooral over Interculturele psychologie, in lijn met interculturalisatie en intercultureel onderwijs. Daarin wordt vooral het contact tussen groepen met diverse culturele achtergronden benadrukt. Een belangrijk onderscheid in zowel de cross-culturele als interculturele psychologie is het denken vanuit een universalistisch kader versus een cultuur-relativistisch kader.

Universalisten beweren dat emoties, psychische reacties, lichamelijke en mentale processen bij alle mensen ongeacht waar zij op de wereld leven, er gelijk uitzien. Er kan wel een invloed zichtbaar zijn vanuit de omgeving, die maakt dat bepaalde emoties minder gemakkelijk geuit worden of dat psychische klachten niet als zodanig geïnterpreteerd worden. Maar in de kern is er geen verschil. Aanhangers van deze positie proberen psychologische begrippen, die in een bepaalde context zijn ontwikkeld, toe te passen op een andere context. Soms wordt daarin onderscheid gemaakt tussen verschijnselen, die tot de harde kern van de psychiatrie worden gerekend en verschijnselen die qua oorsprong meer psycho-sociaal zijn. Een voorbeeld van wat de 'harde kern psychiatrie' wordt genoemd is schizofrenie. De basis van schizofrenie zou genetisch zijn. In meer recente studies over schizofrenie komt echter de interactie tussen genetische factoren en omgeving meer aan bod. Een voorbeeld van psycho-sociale verschijnselen zijn gezins- of opvoedingsproblemen.

Cultuur-relativisten benaderen cross-culturele thema's anders. Zij stellen dat de cultuur waarin mensen opgroeien bepalend is voor hoe zij emoties, psychische verschijnselen en soms ook lichamelijke klachten ervaren. Deze benadering zit dicht in de buurt van de medisch antropologen, die de antropologie als uitgangspunt nemen voor het bestuderen van gezondheidsproblemen. Een voorbeeld in de cross-culturele psychologie van cultuur-relativistisch denken is het zoeken naar 'exotische' psychische verschijnselen, die louter te begrijpen zijn vanuit de cultuur van de betrokkene. Daarbij denken de cross-cultureel psychologen, net als de medisch antropologen, overigens dat het hen wel zal lukken die verschijnselen te begrijpen en te verklaren, ook al zijn zij in een andere (wetenschappelijke en westers gedomineerde) cultuur opgeleid.

Tussen deze twee posities, de universalisten en de cultuur-relativisten, die als het ware de uitersten van een schaal representeren, zijn allerlei variaties te zien.

Een belangrijke toevoeging in het kader van dit proefschrift, is de toepassing van cross-culturele uitgangspunten in Nederland. De universalisten en cultuur-relativisten nemen over het algemeen vrij dogmatische posities in, ongeacht op welke locatie zij hun onderzoek verrichten. Mensen, die zich over de wereld verplaatsen, maken –overigens niet alleen daardoor– deel uit van allerlei culturele groepen. Dat betekent dat voor een verklaring van emoties en psychische problemen, allerlei verschillende opvattingen door elkaar kunnen lopen. Door vast te houden aan de universalistische dan wel cultureel relativistische benadering, worden bepaalde verschijnselen anders geïnterpreteerd. Het debat tussen aanhangers van deze paradigma's lijkt

gedateerd maar als we naar de twee onderstaande voorbeelden kijken, zien we dat dergelijke opvattingen over wetenschap en cultuur nog springlevend zijn.

Een Somalische man, drie jaar in Nederland, is opgenomen op een resocialisatie-afdeling van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Hij heeft de diagnose schizofrenie gekregen en in de discussie in het team blijkt dat de behandelcoördinator van mening is dat informatie over gewelds- en vluchtervaringen of over zijn netwerk in Nederland niet nodig is om een adequate behandeling uit te voeren.

Over Marokkaans-Nederlandse jongens die met Justitie in aanraking komen vanwege criminele activiteiten wordt soms gezegd dat dit met hun cultuur te maken heeft. Hulpverleners gaan in het kader van deskundigheidsbevordering in Marokko kijken of zij een verklaring voor de gedragsproblemen van deze jongens kunnen vinden.

Beide voorbeelden gaan uit van een universalistisch idee over cultuur: schizofrenie zou een universeel voorkomende ziekte zijn en het beloop ervan zou niet beïnvloed worden door sociale omstandigheden of migratie. Migratie of land van herkomst zou zonder andere intermitterende factoren als verklaring voor bepaalde gedragsproblemen opgevoerd kunnen worden. In de discussie over beide voorbeelden dragen hulpverleners vaak cultuur-relativistische argumenten aan.

Soms lijkt cultuur zo centraal te staan in de theoretische modellen van hulpverleners dat het leidt tot het benadrukken van verschillen. Dit wordt 'culturalisme' genoemd. In de loop van de tijd wordt steeds meer getwijfeld aan de indeling van groepen –in dit geval cliënten in de GGZ- op basis van etniciteit of cultuur. Maar men blijft pogingen doen de groep in te delen. Bijvoorbeeld door op hun marginale positie te letten of op het voorkomen van andere dan wel meer psychische klachten.

1.4.2. Vertoog

Vertoog is een lastig concept, omdat het tegenstrijdige en elkaar overlappende definities kent (Fairclough, 1992). Ik gebruik het vertoog als een analyse instrument voor een bepaald kennisdomein en een bepaalde sociale praktijk (Foucault, 2006). Dat is vertoog in beperkte zin, zoals ik het zal gebruiken voor de constructie van de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken.

Maar vertoog kan ook meer omvattend gebruikt worden en niet alleen voor de representatie van een praktijk maar ook als een manier om de werkelijkheid te construeren, een betekenis te geven aan bepaalde fenomenen en interacties (Fairclough, 1992). In de meer omvattende definitie van vertoog gaat het om een weergave van politieke verhoudingen, bestending en verandering van machtsrelaties. Een meer omvattende definitie van vertoog analyseert in- en uitsluitingmechanismen, vragen over ontbrekende begrippen en legitimiteit van macht. In dit geval heeft macht vooral betrekking op wie bepaalt welke sociale relaties bekrachtigd worden.

1.4.3. Kritische psychiatrie

In 2004 verscheen een heruitgave van 'Critical Psychiatry, the politics of mental health' (Ingleby, 2004). De eerste uitgave verscheen in 1980 en bevatte net als in 2004 bijdragen van diverse auteurs over het begrijpen van geestelijke gezondheidsproblemen, de Amerikaanse industrie van geestelijke gezondheidszorg, de medicalisering van deviantie⁴ en sociale controle, een kritische geschiedenis van het beroep van psychiater en bijdragen over anti-psychiatrie.

In 1980 veronderstelden velen dat het positivistische paradigma (de veronderstelling dat natuur wetenschappelijke methoden onverkort toegepast kunnen worden op mensen) in de psychiatrie de langste tijd had gehad. Meer interpretatieve benaderingen kwamen op, die ook aandacht vroegen voor de sociale omstandigheden en maatschappelijke factoren die een rol spelen in het leven van patiënten.

Het bio-medische model heeft echter juist een opmerkelijke comeback gemaakt. Tegenwoordig is het idee dat psychische stoornissen een afwijking van de hersenen weerspiegelen breder geaccepteerd dan ooit tevoren.

Ook niet voorzien was de invloed van 'managed care': de alsmaar toenemende vraag naar GGZ- zorg leidde tot een druk op de instellingen om hun zorg te stroomlijnen en hun procedures inzichtelijk te maken, met een woord dat in de sector overal te horen is: protocollisering. 'Evidence based' behandelingen werden en worden geïmplementeerd.

De kritische psychiatrie en psychologie hebben vooral kritiek op het positivistische kader van de klassieke psychiatrie. De kritiek is samen te vatten als kritiek op de mythe van de objectiviteit en kritiek op de validiteit van verklaringen voor geestelijke ongezondheid.

Men trachtte in de klassieke psychiatrie objectieve criteria te vinden, of op z'n minst intersubjectieve betrouwbaarheid voor psychiatrische diagnoses maar deze kunnen nooit voldoen aan objectieve criteria, zoals die in puur natuurwetenschappelijk onderzoek haalbaar zijn.

Het tweede punt van kritiek betreft de validiteit van verklaringen en gaat over de causaliteit van verbanden. Fysiologische verklaringen van psychiatrische problematiek komen voort uit een aantal typen onderzoek, waar verschillende soorten kritiek op te leveren is.

In genetisch onderzoek is het lastig puur genetische verklaringen te vinden omdat omgevingsinvloeden vrijwel onmogelijk uit te sluiten zijn. Het probleem met fysiologisch onderzoek is dat een verband zowel causaal als correlationeel kan zijn en het effect van bepaalde medicijnen kan hooguit bewijzen dat er een fysiologische oorzaak zou *kunnen* zijn maar het sluit andere verklaringen niet uit. Het gaat in deze kritieken op onderzoeken naar fysiologische verklaringen voor psychiatrische problemen niet om het ontkennen van een fysiologisch aspect van psychiatrische problemen maar om de 'so what' vraag: als er een bepaalde

⁴ Onder deviantie wordt afwijkend gedrag verstaan. Afwijkend voor zover leden van dezelfde (sub)groep dit als afwijkend beschouwen.

fysiologische conditie is, gaat het er om hoe de persoon die fysieke invloed beleeft. Voor de meer 'zachte' verklaringen voor psychiatrische problemen geldt dezelfde kritiek: een bepaalde omgeving, een gezinsklimaat of bepaalde conditioneringen zouden tot bepaald gedrag leiden. Maar ook hier geldt dat het gaat om wat een persoon in die omstandigheden met die invloeden doet (Ingleby, 2004, p37-38).

Deze twee punten van kritiek op de klassieke psychiatrie laten zien dat de basisconcepten en -methoden in de psychiatrie niet neutraal zijn maar een bepaald paradigma laten zien: het positivistische. De verklaring voor die keuze ligt in de sociale functie van de psychiatrie: de controle van deviantie (ibid.).

Met een kritische beschouwing van de psychologie en psychiatrie wordt het debat een politiek debat: hoe wordt geestelijke gezondheid gedefinieerd? Staat geestelijke gezondheid gelijk aan beschikbaarheid om te werken of de bereidheid elke andere rol, die de samenleving van je vraagt, te vervullen? Kun je in onze samenleving 'normaliteit' gelijk stellen aan gezondheid?

De kritiek op het positivistische kader van de (klassieke) psychiatrie heeft geleid tot het gebruik van alternatieve benaderingen als: etnomethodologie, symbolisch interactionisme, fenomenologie en analytische filosofie (ibid., p47). Toegepast op de problemen van de psychiatrie, zijn de benaderingen te zien als 'normaliserende benaderingen' omdat ze er vanuit gaan dat common sense in staat is gedrag, ook dat van geestelijk gestoorde patiënten, te begrijpen.

Het 'common-sense' begrip is meestal gebaseerd op het invoeren van een aantal factoren: context, doel en (gedrags)codes. De context staat centraal in de gezinsbenaderingen, waar de directe leefomgeving als verklaringskader voor problemen wordt gebruikt. De context kan ook opgevat worden als de culturele achtergrond of de subcultuur waarin mensen leven. Bepaalde afwijkende reacties die psychiatrisch gelabeld worden, kunnen verklaarbaar worden door de context, de sociale omgeving van mensen, te analyseren en bij de verklaring van ziekte te gebruiken. Het gaat er dan om te bepalen wat een 'redelijke' reactie is op de sociale situatie of gebeurtenissen.

Door de context als verklaringskader te gebruiken, kunnen de doelen of intenties van mensen, die psychische klachten laten horen, een andere definitie krijgen. Ziek zijn als vorm van protest, als verzet of zelfs als bescherming en genezing.

Verklaringen waarin de gedragscodes begrijpelijk maken welk gedrag iemand vertoont, zijn vooral terug te vinden in het verschil tussen (sub)culturen van de behandelaar en de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de mate waarin expressie van rouw normaal gevonden wordt. Ook het onderscheid tussen wanen en in sommige culturele groepen geaccepteerde vormen van contact met de 'bovennatuurlijke' wereld, kan voor verschillen zorgen.

1.4.4. Reflective practitioner

Vanaf 1995 combineer ik wetenschappelijk onderzoek met klinische praktijkervaring. De positie van reflective practitioner, zoals beschreven door Schön (1983) herken ik daarin. De ontwikkelingen in het verloop van hulpverleners over migranten, heb ik ook in de praktijk terug gevonden. Dat wil ik illustreren met beschrijvingen van mijn eigen werkervaring.

Mijn beroeps carrière is een verhaal, dat laat zien hoe ik met dilemma's van diversiteit en verandering in de zorg bezig ben geweest. Ik vertel dat verhaal omdat het mij gemotiveerd heeft om het verloop over migranten in de GGZ te beschrijven.

Het bewustzijn van de invloed van maatschappelijke factoren op het dagelijks leven van mensen moet zich ergens op het VWO aangediend hebben. Misschien was het de enthousiaste docente Geschiedenis, mevr. Briët, die het debat over allerlei politieke vraagstukken in de klas aanwakkerde. In ieder geval herinner ik me die debatten levendig. Op een Christelijk lyceum, waar CDA, VVD, de GPV en SGP op veel aanhang konden rekenen, was ik als 'fan' van de PPR, PSP, later ook de CPN, een vreemde eend in de bijt. Al snel identificeerde ik me met 'de underdog', werd solidariteit de drijfveer om op te komen voor onderdrukten in de samenleving.

Een academische studie Geschiedenis leek goed aan te sluiten op mijn drijfveer de maatschappelijke misstanden te begrijpen, te analyseren en uiteindelijk te veranderen maar ik kwam er in het eerste jaar achter dat dit voor mij veel te afstandelijk was. Ik ging werken als groepsleider in een Orthopedagogisch instituut, met jongeren met leer- en gedragsproblemen en kwam via hen in contact met gezinnen, die aan de onderkant van de samenleving leefden.

In 1985 ging ik in Amsterdam werken, als maatschappelijk werker, op een centrum voor dagbehandeling van jongeren en hun gezinnen. Daar werd voor het eerst in mijn leven ook het thema van etnische en culturele diversiteit bloot gelegd. Het was de beginperiode van interculturalisatie in Nederland, een term die eind jaren '80 geïntroduceerd werd.

In 1995 studeerde ik af als cross-cultureel psycholoog en mijn werkterrein werd de GGZ. Ik heb voor mezelf het verband tussen politieke strijd en solidariteit met de dagelijkse praktijk van hulpverlening aan vluchtelingen en migranten vaak gelegd. Ik heb ook gemerkt dat hulpverleners, die met interculturalisatie bezig zijn, vaak door eenzelfde motivatie gedreven worden. Maar soms is dat verband er ook niet of zeer impliciet. Dit thema, het verbeteren van de positie van onderdrukten of minder-bedeelden in de samenleving door aandacht te besteden aan geestelijke gezondheid, zien we terug in sommige discussies binnen de GGZ. Aan de ene kant geeft een kritische analyse van de maatschappelijke omstandigheden van cliënten inzicht en houvast in de begeleiding van cliënten, aan de andere kant kan het bieden van psychische ondersteuning cliënten ook tekort doen omdat slechts een deel van hun problematiek erkend wordt. Het risico van 'blaming the victim', de suggestie dat als iemand maar iets verandert aan zijn of haar subjectieve beleving van de situatie, hij of zij daarmee verder kan leven, is evident.

1.5. Samenvatting

Het vertoog van hulpverleners in de GGZ over migranten zal worden beschreven aan de hand van overheidsbeleid, zorgsysteem, zorggebruik, theorie en praktijk van de zorg. Theorie en praktijk vallen uiteen in de beschrijving en constructie van de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken. Het vertoog wordt in vier periodes geordend. De legitimering van die ordening komt aan de orde in het beschrijven van markeringen, vaak overgangsjaren of gebeurtenissen, die een verandering reflecteren. Per periode wordt vervolgens gekeken naar de theorie en praktijk van de zorg. Praktijkervaringen geven een illustratie van de ontwikkelingen in de zorg voor migranten.

De eerste periode, die in hoofdstuk 2 beschreven wordt, loopt van 1972 tot 1982. In hoofdstuk 3 wordt de periode 1983-1992 beschreven, in hoofdstuk 4 de periode 1993-2002 en in hoofdstuk 5 de periode 2002 tot nu, 2009. De beschrijving van de vier periodes is niet gelijk qua omvang. In de periode 1993-2002 zijn veel meer bronnen beschikbaar voor het analyseren van de thema's in het vertoog. Het is de periode waarin interculturalisatie tot bloei is gekomen.

Per periode ontstaat een beeld over de hulpverlening aan migranten. We kunnen dit een beperkt vertoog noemen omdat het vooral een weergave is van de discussie, ontwikkelingen in de GGZ en interpretaties van praktijkervaringen. Vervolgens richten we ons in hoofdstuk 6 op een aantal wrijfpunten en scharnieren. Wrijfpunten hebben te maken met de spanning tussen het vertoog over migranten en vluchtelingen en onderliggende vertogen over andere thema's. De scharnieren naar de toekomst geven nieuwe inzichten en inspiratie voor debat over interculturele zorg. Daarmee sluiten we hoofdstuk 6 af.

Hoofdstuk 2 De periode 1972-1983

2.0. Inleiding

In elke periode zullen we via dezelfde systematiek analyseren hoe de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen eruit ziet. Per onderdeel zullen we aangeven welke bronnen gebruikt zijn voor het analyseren van overheidsbeleid, zorgsysteem, zorggebruik, de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken.

Overheidsbeleid en maatschappelijk klimaat over migratie en integratie vormen de context van het vertoog van hulpverleners over migranten in de GGZ. In deze periode gaat het vertoog vrijwel uitsluitend over migranten. Als bronnen zijn gebruikt:

- Het eindrapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Integratiebeleid, beter bekend als de commissie Blok, *Bruggen bouwen*.
- Het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) *Etnische Minderheden* (1979)
- *De Nederlandse samenleving en haar immigranten* (1996) van Penninx in de Jong en van den Berg (1996).
- Het proefschrift van John Schuster (1999) *Poortwachters over immigranten*. Het debat over immigratie in het naoorlogse Groot-Brittannië en Nederland.

Het zorgsysteem komt in dit hoofdstuk uitgebreider dan in de volgende hoofdstukken aan bod, omdat hier de geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg wordt geschetst, die natuurlijk ook relevant is voor de overige periodes. Voor de beschrijving van het zorgsysteem is vooral gebruik gemaakt van Abma en Weijers (1995). We zullen niet alleen kijken naar de geschiedenis maar ook naar hoe het zorgsysteem reageert op het migratie- en integratiebeleid. Daarvoor worden teksten van Lamers (1987) over hulpverlening aan migranten en het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv) gebruikt.

Er zijn nog weinig bronnen beschikbaar die het zorggebruik van migranten weergeven. We zullen echter wel kijken naar de registratie van patiënten in de GGZ, zoals die door het Trimbos instituut werden verzameld.

De doelgroep bestaat in de periode 1972 -1983 uit arbeidsmigranten, Surinamers en vluchtelingen uit Latijns Amerika. Marokkaanse arbeidsmigranten worden beschreven door van den Berg-Eldering (1977) en Limburg-Okken (1981). De andere groepen komen aan bod in het MGv van 1981. De theoretische modellen komen uit dezelfde bronnen.

Therapeutische praktijken in de GGZ met migranten, zijn nog niet beschreven maar voor enig inzicht in de directe hulpverleningscontacten met migranten gebruiken we de tekst van Eppink (1981) over de maatschappelijke dienstverlening en hulpverlening aan migranten.

2.1. Overheidsbeleid

Immigratie is, zo wordt vaak gesteld, geen nieuw verschijnsel in de 20^e eeuw. De immigratiegeschiedenis van Nederland laat immigratie van politiek- en religieus-andersdenkenden, seizoenarbeiders, vluchtelingen en de komst van mensen uit koloniale gebieden zien (Penninx, 1996, p.12). Tussen 1580 en 1800 was er bijvoorbeeld sprake van een omvangrijkere immigratie, in relatieve zin: als percentage van de autochtone bevolking, dan in de laat 20^e eeuw. Immigratie is dus geen nieuw verschijnsel maar

Het is echter evenzeer waar dat er gedurende een ruime periode voorafgaand aan de Tweede Wereldoorlog –globaal genomen van 1780-1940- een dieptepunt is geweest in de Nederlandse immigratiegeschiedenis. Afgezien van de tijdelijke stroom van Belgische vluchtelingen tijdens de Eerste Wereldoorlog en de joodse en politieke vluchtelingen vanuit nazi-Duitsland in de jaren dertig, was de immigratie in Nederland toen op een lager peil dan ooit. Dat verandert echter na 1945 (Penninx, 1996, p12).

Immigratiebeleid

Vanaf 1945 komen gerepatriëerden uit Nederlands-Indië, later Indonesië en Nieuw-Guinea. In 1951 komt een groep van 12.500 Molukse militairen, voor wie het verblijf zowel door hen zelf als door de Nederlandse overheid als tijdelijk wordt gezien, aangezien zij van plan waren naar een Vrije Republiek der Molukken terug te keren. Het huidige beeld over de Nederlands Indiërs is dat ze 'Hollanders met een kleurtje' zijn en waren. Deze groep wordt vaak ook niet genoemd in de overzichten van migrantengroepen.

Het opnemen van mensen uit Nederlands-Indië, waaronder ook mensen die nog nooit in Nederland waren geweest, blijkt veel debat op te roepen. We willen er uitgebreider bij stil staan, ook al valt het buiten het tijdsbestek van dit hoofdstuk. De reden daarvoor is dat de argumenten over immigratie en integratie een sterke gelijkenis oproepen met argumenten die later voor andere migrantengroepen gebruikt worden.

Na de Japanse bezetting van Indonesië gedurende de Tweede Wereldoorlog komt de bevrijdingsbeweging van Indonesië in een stroomversnelling. Nog tijdens de oorlog reageert het Nederlandse kabinet op de te verwachte repatriëring van Nederlands Indiërs. Schuster (1999) laat zien dat de groep Indische Nederlanders op verschillende manieren wordt ingedeeld, bijv. door het onderscheid van mensen die Oosters dan wel Westers georiënteerd zijn, met als doel zoveel mogelijk mensen ervan te weerhouden de oversteek naar Nederland te maken.

De Nederlandse regering had in elk geval geen rekening gehouden met de komst van zoveel mensen. De overheid zag zich gedwongen de immigratie zo veel mogelijk te reguleren. Daartoe werden de Indische Nederlanders in categorieën ingedeeld (Schuster, 1999, p85).

Een overheid verschaft toegang tot een natie-staat en reguleert daarbij de vestiging van migranten aan de grens maar zij zorgt ook voor de voorwaarden waaronder immigranten toegang krijgen tot werk, huisvesting, onderwijs, kiesrecht en welzijn.

In beide gevallen worden de toegangsvoorwaarden vormgegeven binnen discursieve processen van betekenisverlening en categorisering. In de pogingen van de Nederlandse overheid om de komst van de Indische Nederlanders te beperken, komen deze twee rollen samen. In de rol van poortwachter van de natie-staat formuleerden ministers en ambtenaren in Nederland beleid dat in Indonesië werd uitgevoerd. In de rol van verschafter van welzijn en collectieve consumptie bedachten zij in Nederland een restrictief beleid, in de hoop dat dit in Indonesië bekend zou worden en het de Indische Nederlanders zou ontmoedigen naar Nederland te komen. In het kader van dat ontmoedigingsbeleid werd in Indonesië tevens financiële steun verleend aan behoeftige Indische Nederlanders (Schuster, 1999, p85).

De maatregelen hadden nauwelijks effect en daarbij kwam dat de nieuwe Indonesische overheid weinig op had met de Indische Nederlanders. Uiteindelijk verandert het politieke betoog naar het benadrukken van de eenheid tussen Nederlanders en Indische Nederlanders en een beroep op de Nederlandse bevolking om de Indische Nederlanders gastvrij op te nemen. Het is, zo schrijft Schuster,

bijna onvoorstelbaar dat nog geen vijftig jaar geleden de Nederlandse overheid allerlei pogingen heeft ondernomen om de Indische Nederlanders uit Nederland te weren omdat zij niet zouden kunnen aarden. Tegenwoordig gelden dezelfde mensen die ooit als onassimileerbaar zijn geclassificeerd als de meest geïntegreerde (lees geassimileerde) naoorlogse immigranten (ibid., p116). De Indische Nederlanders zijn 'onzichtbaar' geworden, zo 'onzichtbaar' zelfs dat de groep in haar geheel is ontsnapt aan het etiket van allochtoon. Deze breuk in de representatie van de Indische Nederlanders komt voor een belangrijk deel voort uit de overgang binnen het immigratievertoog op het moment dat deze migranten naar Nederland kwamen. Zolang zij nog in Indonesië waren, domineerde het koloniale vertoog waarin zij als een onassimileerbaar 'ras' werden verbeeld (ibid., p242).

Eenmaal in Nederland werd via het Maatschappelijk Werk getracht hun aanpassing te vergemakkelijken.

Omstreeks het midden van de jaren '50 komen de eerste gastarbeiders, daarna een omvangrijke groep Surinamers, voorafgaand aan de onafhankelijkheid (1973-1975) en daarnaast zijn er kleine groepen vluchtelingen. Ook over de immigratie van Surinamers en Antillianen is gedebatteerd. De aanwezigheid van Surinamers in Nederland dateert uit de 18^e eeuw. Tussen 1729 en 1781 migreerden meer dan zevenhonderd Surinamers naar Nederland. Het overgrote deel kwam waarschijnlijk als huisbediende van de

Europese planters en kooplieden maar er kwamen ook Surinamers om te studeren of een vak te leren (ibid., p 117).

In 1946 wonen er ongeveer 3000 Surinamers in Nederland. In de jaren daarna nam dat aantal gestaag toe, net als de Antillianen. Zo waren er in 1955 402 Antilliaanse studenten in Nederland (ibid., p118). In het begin trokken de Surinamers en Antillianen weinig aandacht van de overheid maar Schuster laat zien dat

niet alleen de media maar ook wetenschappers in de jaren zestig de blik richtten op de criminaliteit van Surinaamse migranten (ibid., p119).

Surinaamse en Antilliaanse arbeiders werden geworven door werkgevers in de scheepsbouw. Dat was in Suriname een signaal, dat emigratie naar Nederland niet langer alleen voor de middenklasse was weggelegd (ibid., p121). Aangezien Suriname onderdeel was van het Nederlandse Koninkrijk waren er alleen financiële obstakels voor het regelen van de migratie. De werkgevers betaalden de overkomst.

In 1972 wonen er ruim 55.000 Surinamers en 6 tot 8000 Antillianen in Nederland. In die jaren worden ook de eerste besprekingen over onafhankelijkheid gevoerd. Hoewel er geen verband gelegd wordt tussen een beperking van de immigratie en de onafhankelijkheid, is het toch opmerkelijk dat juist in die periode de onafhankelijkheid van Suriname ter sprake wordt gebracht. De immigratie levert in de praktijk problemen op. De nieuwkomers trekken vooral naar de Randstad. Als gevolg van de dalende conjunctuur, discriminatie en het lage opleidingsniveau komen zij minder snel aan werk dan de migranten uit de jaren '50 en '60. De publieke weerstand tegen de immigratie neemt toe. Nederland zou volgens sommigen te vol zijn om grote groepen immigranten toe te laten (ibid., p134).

Het immigratiebeleid heeft te maken met de toelating van mensen, die vanuit de koloniale geschiedenis een band hebben met Nederland en het gebrek aan arbeidskrachten in tijden van economische groei.

In een situatie van tekort aan arbeidskracht zijn arbeidsmigranten toegelaten voor de industriële en economische expansie. Tegelijkertijd werden pogingen ondernomen om andere immigranten uit te sluiten, terwijl ook zij een bijdrage konden leveren aan de economische ontwikkeling (ibid., p263).

In de jaren vijftig en zestig kan Nederland worden getypeerd als emigratieland, waar geen beleid wordt gevoerd voor de instroom van immigranten (Blok, 2004). De commissie Blok typeert het beleid in de jaren '70 als categoriaal beleid, waarin het behoud van eigen identiteit belangrijk is. Behoud van eigen identiteit wordt niet alleen als gunstig beoordeeld voor de aanpassing van migranten in Nederland maar het behoud van die identiteit maakt remigratie ook gemakkelijker. We volgen hier de analyse van de commissie Blok over het categoriale beleid in de jaren '70. De WRR beschrijft het als volgt:

In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog gold Nederland primair als een emigratieland. Wat de immigranten betreft werd tot het einde van

de jaren zeventig een ad hoc beleid gevoerd, mede omdat het verblijf van de meeste nieuwkomers als tijdelijk werd beschouwd (WRR, 2001, p168).

Welzijnsbeleid

In de jaren zeventig wordt wel beleid voor verschillende doelgroepen van migranten ontwikkeld, maar dit is verspreid over verschillende departementen. Surinamers, Antillianen, Molukkers, woonwagenbewoners en zigeuners vallen onder het ministerie van CRM; vluchtelingen vallen onder de ministeries van Justitie en van Binnenlandse Zaken en gastarbeiders vallen onder de coördinerende verantwoordelijkheid van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Blok, 2004, p28). Vanwege het accent op de verschillende doelgroepen wordt het beleid getypeerd als categoriaal (welzijns)beleid. Het beleid in die tijd is, tegen de achtergrond van het idee dat het verblijf van de buitenlandse werknemers tijdelijk is, gebaseerd op twee sporen: aan de ene kant inpassing van de buitenlandse werknemers in de samenleving; aan de andere kant remigratie. Vanwege de gedachte van tijdelijkheid en de verwachte terugkeer wordt in het beleid uitgegaan van het motto 'behoud van eigen identiteit' (Nota Buitenlandse werknemers, 1970).

Het eerste beleidsstuk over de arbeidsmigranten is de nota Buitenlandse werknemers uit 1970. De doelgroepen die hierin worden genoemd zijn Surinamers, Antillianen, Molukkers, woonwagenbewoners en zigeuners, buitenlandse werknemers en Indische Nederlanders. In de nota wordt het beleid als volgt omschreven:

Nederland is beslist geen immigratieland. Met alle begrip voor de menselijke aspecten, kan men niet anders dan vaststellen, dat ons land behoefte heeft aan nieuwe arbeidskrachten en niet aan nieuwe gezinsvestigingen vanuit het buitenland. (...) Het beleid is erop gericht om, gezien de bestaande en de te verwachten noodzaak voor onze economie tot tewerkstelling van buitenlandse werknemers, het aantal naar Nederland komende buitenlanders zoveel mogelijk in evenwicht te brengen met de eisen die de arbeidsmarkt stelt, gelet op de gegeven of te scheppen mogelijkheden van huisvesting, opvang en begeleiding (ibid., p. 13).

Enige mate van inpassing wordt volgens deze nota wel noodzakelijk geacht, maar uitgaande van de tijdelijkheid van het verblijf dient het beleid

meer dan op de bevordering van inpassing als zodanig erop gericht te zijn de groep de kans te geven een eigen identiteit te bewaren (ibid., p10). Dit betekent dat de groep op allerlei manieren tot zelfwerkzaamheid wordt aangespoord. Hiertoe is een groepsgewijze benadering onmisbaar. Daardoor wordt tevens voorkomen dat de buitenlandse werknemer in een sociaal isolement komt, terwijl de ervaring heeft geleerd dat de aanpassing beter verloopt met behoud van het eigen groepsverband. In het aanpassingsproces is de verblijfsduur een belangrijke factor. Ten aanzien van de buitenlandse werknemers, die doorgaans slechts korte tijd in ons land zullen verblijven, zal het accent zelfs voornamelijk op het

behoud van eigen identiteit worden gelegd. Heraanpassingsmoeilijkheden bij terugkeer naar eigen land zullen dan zo gering mogelijk zijn (ibid., p10). Daarnaast is de genoemde zelfwerkzaamheid goed voor een beperkte mate van aanpassing aan het nieuwe land, en voor een soepele terugkeer naar het land van herkomst.

Het Verwey-Jonker Instituut (Blok, 2004) stelt op dit punt:

De buitenlandse werknemers werden vanaf de jaren zestig geworven om tijdelijk te voorzien in lacunes op de Nederlandse arbeidsmarkt. Het beleid was dan ook gericht op de tijdelijkheid van hun verblijf. 'Nederland is geen immigratieland', stelt het eerste beleidsstuk over de arbeidsmigranten, de Nota Buitenlandse Werknemers (1970), nadrukkelijk. Niet lang na het uitkomen van deze nota werd in het kader van het welzijnsbeleid de uitdrukking 'integratie met behoud van identiteit' geïntroduceerd. Hiermee werd uitdrukking gegeven aan de gedachte dat weliswaar enige inpassing nodig was, maar vooral identiteitsbehoud met het oog op terugkeer (Verwey-Jonker Instituut in Blok, 2004, p31).

Met de uitdrukking 'integratie met behoud van eigen identiteit', die in deze jaren gangbaar is, wordt uitgedrukt dat weliswaar enige inpassing nodig is, maar vooral identiteitsbehoud met het oog op terugkeer (Blok, 2004). Onderwijs in eigen taal en cultuur (OECT), later Onderwijs in Allochtone Levende Talen (OALT), is een directe uitwerking van deze gedachte.

De memorie van antwoord op de nota Buitenlandse werknemers dateert van 1974. De kern van deze nota is eveneens dat Nederland geen immigratieland is, maar wel wordt gesteld dat

het beleid erop gericht is de buitenlandse werknemers optimaal te laten deelnemen aan de Nederlandse samenleving (Kamerstuk II 1973–1974, 10 504 nr. 9, in Blok, 2004, p31).

Er wordt dus een sterkere nadruk gelegd op het functioneren van migranten in de maatschappij (Blok, 2004, p. 31). Ook ziet men in dat een intensievere voorlichting van de Nederlandse bevolking aandacht behoeft, getuige het volgende citaat uit de memorie van antwoord op de nota Buitenlandse werknemers (1974):

Geïsoleerde groepen van buitenlandse werknemers functioneren gemakkelijk als uitlaat voor sociale spanningen onder autochtone bevolking. Om dergelijke consequenties zoveel mogelijk te voorkomen, is het noodzakelijk dat nog meer aandacht wordt besteed aan een intensieve voorlichting van de Nederlandse bevolking (Blok, 2004, p31).

Daarnaast is het kabinet van mening dat meer nadruk moet worden gelegd op de beheersing van arbeidsmigratie en het bevorderen van de tijdelijkheid van gastarbeid. Het Verwey-Jonker Instituut schrijft hierover het volgende:

Om de terugkeer te bevorderen loofde de regering een premie uit aan gastarbeiders die werkelijk teruggingen. Deze 'oprotpremie' riep veel maatschappelijk verzet op. De PvdA-fractie vond de achter de bonus liggende gedachte, dat de buitenlanders wel hierheen kunnen komen, maar daarna als het enigszins weer kan na twee of drie jaar weer moeten verdwijnen zeer bezwaarlijk (eindverslag, p. 8, in Blok, 2004, p31).

Men is dus tegen de gedachte van gedwongen tijdelijkheid – buitenlandse werknemers die hier eenmaal zijn moeten gelijke rechten krijgen –, maar wil tegelijkertijd toekomstige immigratie tegengaan (Blok, 2004, p. 31). Mevrouw Barendregt (PvdA) verwoordt dit in het Kamerdebat als volgt:

Het doel op zich, namelijk bevordering van de kortere verblijfsduur, vinden wij niet juist. Vanwege de voorstellen inzake maximering, tewerkstelling en bonus komt bij de PPR-afgevaardigde Van der Heem-Wagemakers zelfs de gedachte aan moderne slavernij boven, dit zeer tot woede van minister Boersma (Blok, 2004, p32)

Naar aanleiding van het eindverslag schrijft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een uitgebreide nota. Hij stelt daarin in reactie op de vele protesten:

Dit betekent dat Nederland (...) een zo restrictief mogelijk beleid ten aanzien van buitenlandse arbeidskrachten en van buitenlanders in het algemeen dient te voeren, maar dat een beleid gericht op gedwongen terugkeer van legaal hier toegelaten buitenlanders na kortere of langere tijd evenmin beoogd wordt. Dat sluit niet uit dat vreemdelingen, die – zonder enige vorm van dwang – begeren naar hun vaderland terug te keren, alle mogelijke steun bij dit streven moet worden verleend. (...) De regering zal aan al die buitenlandse werknemers en hun gezinnen, die aanvankelijk als tijdelijk voorzien verblijf in Nederland een permanent karakter willen geven niets in de weg leggen en de nodige medewerking verlenen bij het treffen van hiertoe strekkende voorzieningen (nota naar aanleiding van het eindverslag, zitting 1974–1975, nr. 12, p. 13, in Blok, 2004, p32).

De relatief snelle instroom van buitenlandse werknemers in de grote steden noopt tot de ontwikkeling van beleid op de terreinen huisvesting, onderwijs, gezondheidszorg en welzijn (Blok, 2004). De concentratie van buitenlandse werknemers in woonwijken wordt niet gewenst, maar er zijn geen instrumenten voorhanden om dat tegen te gaan. De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt ter zake (in de hierboven aangehaalde nota):

De vereisten voor geworven buitenlandse werknemers zijn overeenkomstig de vereisten voor de huisvesting van Nederlanders. Bij een te grote concentratie in een bepaald gebied zal de integratie, ook van hen die wensen te integreren, worden belemmerd. Het nemen van maatregelen die deze concentratie bevorderen komt de regering dan ook ongewenst voor. Dit neemt niet weg dat een besluit van buitenlandse

werknemers om zich in een bepaald stadsdeel bij voorkeur te vestigen zal worden gerespecteerd. Ook in dat opzicht dient non-discriminatie te worden in acht genomen (ibid., p32).

Op tal van vragen op de terreinen van onderwijs en gezondheidszorg moet worden ingespeeld, zeker omdat vrouwen en kinderen in steeds groteren getale beginnen over te komen (Blok, 2004, p32). Met name het lokale niveau speelt hierin een rol, waar de overheid aansluit op particuliere initiatieven en daarvoor subsidiebeleid ontwikkelt. Op het terrein van welzijn zijn al vanaf het begin van de jaren zestig op allerlei plaatsen particuliere initiatieven genomen zoals stichtingen Bijstand Buitenlandse Werknemers. Deze stichtingen ontvangen geleidelijk meer subsidie, vanaf 1975 voor 100%, waarmee de opvang en begeleiding van de buitenlanders steeds meer tot hun exclusieve taak wordt. Het bestaan van deze stichtingen heeft er volgens Penninx (1979, p. 148) toe geleid dat de reguliere welzijnsvoorzieningen zich lang afzijdig kunnen houden van de problemen van de buitenlanders en ook niet toegerust raken om deze problemen te behandelen. Penninx wijst nog op een ander probleem, namelijk het tegenstrijdige takenpakket: enerzijds moet immers de integratie, emancipatie en het maatschappelijk functioneren van buitenlanders in de Nederlandse samenleving bevorderd worden, anderzijds moet aandacht worden besteed aan remigratie.

Van een systematische aanpak van problemen in termen van doelstellingen- instrumenten-resultaten is geen sprake, omdat de officiële doelstelling (tijdelijkheid) op den duur niet aansluit bij de realiteit. Hierbij zij opgemerkt dat het ene departement eerder meent dat het verblijf van gastarbeiders wel eens minder tijdelijk zou kunnen zijn dan het andere. Er blijkt vooral een kloof te zijn ontstaan tussen het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het ministerie van CRM. Het eerste ministerie is verantwoordelijk voor de toelating en tewerkstelling, en houdt het langst vast aan de gedachte van 'tijdelijkheid'. CRM moet de maatschappelijke consequenties van de instroom van gastarbeiders verzachten en wordt derhalve sterker geconfronteerd met de toenemende problemen rond opvang en begeleiding (Blok, 2004, p33).

In 1977 verschijnt de nota 'De positie van migranten uit Suriname in Nederland en het beleid op middellange termijn', als gevolg van de verlening van onafhankelijkheid aan Suriname in 1975. De onafhankelijkheid leidt tot een migratiepiek aangezien de (voormalige) rijksgenoten tot 1980 vrije toegang tot Nederland hebben. Deze plotselinge en sterke toename van de migratie is in het geheel niet voorzien (Blok, 2004). Het bestaande beleid wordt voortgezet in aangepaste formuleringen:

remigratie bevorderen voor wie terug wil, of inpassing voor degenen die willen blijven. Dat betekent voor de blijvers dat hun gelijke kansen op maatschappelijke ontplooiing dient te worden geboden. Op grond van eigen vermogens en aspiraties moet men in staat gesteld worden 'om zich een eigen plaats in de samenleving te verwerven en daarin met andere groeperingen op aanvaardbare wijze te functioneren'. Om dit te bereiken

wordt het (lokale) welzijnswerk niet voldoende geacht, maar moet een brede inspanning geleverd worden door vele departementen, lagere overheden en andere lokale organisaties. Waar nodig kunnen de eigen welzijnsstichtingen blijven bestaan, maar op den duur zullen niet-categoriale instellingen hun taken moeten overnemen (WRR,1979, p89-91).

In mei 1978 dient Molleman (kamerlid PvdA) een motie in met het verzoek aan de regering om een minister aan te wijzen voor de coördinatie van het gehele beleid inzake etnische minderheden. Dit leidt tot het principebesluit van het kabinet in februari 1979 om de minister van Binnenlandse Zaken te belasten met de coördinatie van het algemene beleid inzake etnische minderheden en woonwagengebouwen. In 1979 stelt de WRR op eigen initiatief een rapport op: Etnische minderheden. Dit rapport speelt een belangrijke rol bij de beleidsontwikkeling in de jaren tachtig. Het legt de basis voor de Minderhedennota (1983), die gezien wordt als het keerpunt in het immigratie en minderhedenbeleid. We zullen in hoofdstuk 3 nader ingaan op de Minderhedennota.

Het beleid in de jaren '70 is volgens de commissie Blok dus te typeren als categoriaal (welzijns)-beleid. Met de oliecrisis van 1973 en de stijging van de werkloosheid valt de behoefte aan werving van arbeidskrachten via immigratie weg, al blijft er in sommige beroepstakken behoefte aan immigranten voor specifieke banen. Dat kunnen banen zijn voor laagopgeleide maar ook hoger opgeleide migranten. Het uitgangspunt van het immigratiebeleid blijft tot eind jaren '70 dat Nederland geen immigratieland behoort te zijn.

De werkelijkheid was echter anders en met de massale komst van Surinamers in de jaren zeventig en de gezinshereniging van Mediterrane groepen groeide de spanning tussen norm en feit (Entzinger, 1975, p327). Pas tegen het eind van de jaren zeventig tekende zich een kentering af in het denken in politieke en beleidskringen. Zo werd in 1978 voor de Molukkers afgerekend met de tijdelijkheidfictie (Penninx, 1996, p14).

Zoals gezegd, ziet de commissie Blok het WRR-rapport 'Etnische minderheden' uit 1979 als een belangrijk ijkpunt voor het te voeren minderhedenbeleid in de jaren tachtig. In het rapport wordt nadrukkelijk gesteld dat het verblijf niet tijdelijk is: de boodschap is dat gastarbeiders blijven. Om ervoor te zorgen dat etnische minderheden niet langere tijd tot de zwakste sociale groepen blijven behoren, is beleidsintensivering noodzakelijk (Blok, 2004, p. 34). Het gaat erom dat het beleid wordt gericht op volwaardige deelneming van de minderheden aan de samenleving, met gelijke kansen, rechten en plichten, en zonder discriminatie. Minderheid en meerderheid moeten zich voor elkaars opvattingen openstellen en erkennen dat aanpassing ervan aan beide zijden verlangd wordt. De WRR (1979) heeft verder de opvatting dat beleid nodig is voor de arbeidsmarkt, huisvesting, onderwijs en gezondheidszorg.

De WRR onderscheidt in haar rapport drie soorten problemen:

- achterstandsproblemen, die de sociaaleconomische kansen van de groepen op een gelijkwaardige deelneming in de samenleving betreffen. Volgens de WRR waren de vooruitzichten voor een gelijkwaardige participatie ongunstig;
- culturele of identiteitsproblemen;
- problemen bij de 'meerderheid', onder meer als gevolg van vermindering van arbeidskansen voor zwakkeren in de stagnerende economie en daarmee gepaard gaande effecten vanwege vooroordelen en discriminatie.

De WRR constateert dat

immigranten bij hun deelneming aan de Nederlandse samenleving slechts een beperkte ondersteuning van de zijde van de overheid ondervonden, terwijl de bescherming van de eigen identiteit voornamelijk werd gezien als een aspect van het welzijnsbeleid (WRR, 1979, pagXVIII).

We zullen in hoofdstuk 3 op de adviezen van de WRR terugkomen, als we kijken naar de Minderhedennota van 1983, waarin een aantal van de adviezen is opgenomen. Daar komt ook het thema gezondheidszorg aan bod, een tot dan toe weinig besproken beleidsthema.

Lange tijd was de gezondheidszorg aan migranten geen beleidsthema. De veronderstelde tijdelijkheid van het verblijf noopt niet tot aanpassingen. In de nota Buitenlandse Werknemers (ministerie van Binnenlandse zaken, 1970) komt het onderwerp zelfs niet aan de orde. De instelling van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers in 1972, is tekenend voor het groeiend inzicht dat toch specifieke maatregelen nodig zijn (van Dijk, 2009 p74).

De instelling van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers in 1972 is de markerings van de eerste periode van het vertoog over migranten in de GGZ al is er nog slechts sprake van algemene maatregelen om de gezondheidszorg toegankelijker te maken. Het orgaan adviseert de overheid tot het instellen van tolkencentra en het Bureau Gezondheidsvoorlichting Buitenlanders en zij adviseert de overheid categorale voorzieningen te subsidiëren. De eerste twee adviezen worden overgenomen. De overheid ziet geen heil in het creëren van aparte voorzieningen voor migranten (van Dijk, 2009).

De tolkencentra zijn een uniek verschijnsel in Europa, waar door hulpverleners in het buitenland met verbazing en jaloezie naar wordt gekeken. De voorlichting blijkt niet alleen in deze eerste periode nodig, tot op de dag van vandaag zijn er Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur, VETC-ers, die migranten voorlichting geven over gezondheid en het zorgsysteem. Inmiddels zijn deze VETC-ers grotendeels in dienst van de GG en GD-en al zijn er lokale verschillen.

Tussen 1972 en 1983 is het beleid ten aanzien van gezondheid gericht op het overbruggen van taalproblemen en het geven van voorlichting aan buitenlanders zodat zij de reguliere gezondheidszorg instellingen kunnen

bezoeken. Er is nog geen sprake van aanpassingen in het primaire proces, de hulpverlening aan migranten.

In 1979 wordt het Centraal Medisch Team Vluchtelingen¹ gevormd, in 1982 formeel opgericht als het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV) met als taak uitgenodigde vluchtelingen medisch op te vangen. De oprichting van het CGV kan gezien worden als teken van toenemende aandacht voor de zorgbehoeften van vluchtelingen. Op het ministerie van VoMil bestond veel aandacht voor oorlogs- en geweldsgetroffenen, er was toenemende aandacht voor de latere gevolgen van de Tweede Wereldoorlog en de ervaringen met het bieden van psychosociale zorg voor gijzelingsgetroffenen speelden mogelijk ook een rol.

2.2. Zorgsysteem

De GGZ ondergaat in deze periode een ingrijpende ontwikkeling, die Abma en Weijers (2005) aanduiden als 'de lange jaren zestig' (1945-1985). Die lange jaren zestig omvatten dus ook de periode, voorafgaand aan de door ons gekozen indeling. Voor een goed begrip van de ontwikkelingen in de GGZ zullen we dan ook eerder beginnen. De belangrijkste ontwikkelingen zijn die van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en van de uitbreiding van disciplines in de GGZ en de toename van hun invloed.

Psychiatrie, de term voor het vak maar ook voor wat wel de 'gestichtspsychiatrie' wordt genoemd en de 'psychohygiënische' geestelijke gezondheidszorg groeien na 1945 steeds verder uit elkaar (Abma en Weijers, 2005, p147). Psychohygiëne is een letterlijke vertaling van Mental Hygiëne maar de term wordt in Nederland weinig gebruikt. De beweging, die in 1930 de eerste *International Conference for Mental Hygiëne* in Washington organiseert, vindt wel veel weerklank bij Nederlandse psychiaters. Het maatschappelijk belang dat aan geestelijke gezondheid wordt gehecht legt de nadruk op 'positieve' geestelijke gezondheidszorg met aandacht voor het creëren van gunstige maatschappelijke condities.

In de psychiatrie verschuift de blik geleidelijk van geheel naar binnen, op de opgenomen patiënten en hun behandeling, naar iets meer naar buiten. De nazorg van opgenomen patiënten en gezinsverpleging worden vanuit de gestichten georganiseerd; daaruit ontstaat de sociale psychiatrie. Het belang van nazorg en later ook preventie, wordt bepleit door de gemeenten, die tot de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) financieel verantwoordelijk zijn voor de opnamen van mensen uit hun gemeenten.

Dat de psychiatrie en ambulante geestelijke gezondheidszorg verder uit elkaar groeien heeft te maken met het fundamenteel onderscheid dat psychiaters maken tussen 'ziek' en 'gezond'. Rümke, een vooraanstaand psychiater, die een belangrijke rol speelt in de Nederlandse beweging voor geestelijke gezondheid, grenst dat domein principieel af van de psychiatrie. Geestesziekten zijn volgens hem het domein van de arts-psychiater en behoeven een medisch-wetenschappelijk fundament (ibid., p150). Daarnaast zijn er ook 'psychische stoornissen van de gezonde mens', waarbij sociale hulp en morele leiding nodig

¹ Het CMT is een onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (VoMil).

zijn. Deze stoornissen vormen het domein van de psychohygiëne, wetenschappelijk geruggensteund door geesteswetenschappelijke en sociaalwetenschappelijke disciplines.

Trimbos, leerling van Rümke, sluit bij diens opvattingen aan door de geestelijke gezondheidszorg tot een autonoom zorggebied te proclameren met een eigen wetenschappelijk fundament, ontleend aan de sociologie en sociale psychologie. Dat biedt de basis voor hulp, die door een 'multiprofessioneel team' geboden moet worden. In een multiprofessioneel team voert niet één discipline de boventoon (ibid., p126).

De Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD-en) hadden zich in de jaren '50 ontwikkeld vanuit de eerder genoemde na- en voorzorg van de psychiatrie. Querido ontwikkelt voor die diensten een werkwijze met geregelde bezoeken aan inrichtingen ter voorbereiding van ontslag en huisbezoeken, zowel in het kader van voorzorg als nazorg. De sociale psychiatrie stelt echter nog niet veel voor. Het duurt tot 1960, als Trimbos sociale psychiatrie gaat onderwijzen, dat er een wetenschappelijke onderbouwing komt, waar de SPD-en op kunnen groeien. Met de regeling van financiering kunnen de SPD-en zich gaan richten op de behandeling van patiënten in het eigen leefmilieu (ibid., p127). Vanaf de jaren '60 neemt het aantal SPD-en flink toe, in 1971 worden zij bij de AWBZ ondergebracht en tien jaar later krijgen ze een plek in de RIAGG's.

Gebaseerd op het idee van geestelijke volksgezondheid ontstaan instellingen als het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) en het Bureau voor Levens- en gezinsvragen (BLgv's). De SPD-en zijn inhoudelijk op een sociologische en sociaal-psychiatrische visie op psychische stoornissen gebaseerd, de MOB's en BLgv's vinden hun inspiratie in psychoanalytische modellen. Men richt zich vooral op psychische problemen van 'gewone mensen'. Ook deze instellingen worden opgenomen in de RIAGG's.

Zo ontstaat er dus een nieuw circuit van ambulante voorzieningen, al dan niet voortkomend en nog verbonden met psychiatrische instellingen. In die instellingen vinden echter ook ontwikkelingen plaats. De eerste betreft de onverwachte beschikbaarheid van nieuwe psychofarmaca en de tweede een verdere doorwerking van de fenomenologie en psychoanalyse, met als gemeenschappelijke noemer het antropologisch perspectief (ibid., p147). Medicijnen maken patiënten rustiger en daardoor ook beter aanspreekbaar. Abma en Weijers vatten beide ontwikkelingen samen:

De introductie van de psychofarmaca en de daardoor mogelijk gemaakte therapeutische vernieuwing bestonden in de jaren vijftig en zestig nog vooral als belofte, maar deze belofte groeide in de loop van de jaren zeventig uit tot een breed gedeeld geloof in de therapeutische mogelijkheden van de psychiatrie. Tegelijkertijd ontstond echter bij de jongere generatie kritiek op de psychiatrie. Deze nam twee vormen aan. Uit de aandacht voor het verhaal van de patiënt, verbonden met het antropologisch perspectief van zowel de psychoanalytische als de fenomenologische benadering ontwikkelde zich een stroming die het bijzondere, het 'positieve' en bevrijdende van de waanzin benadrukte. Daarnaast benadrukte een maatschappijkritische stroming dat psychiatrische patiënten 'gewone' mensen waren, die als gevolg van processen van stigmatisering en uitstoting tot patiënten gemaakt werden.

Het gezamenlijk effect van deze kritische stromingen was een toenemende druk op de inrichtingspsychiatrie en een versterkte groei van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ibid., p149).

In het zorgsysteem heeft de toename van ambulante voorzieningen, de daarbij horende visie op sociale psychiatrie en de visie dat psychische problemen van 'gewone mensen' te behandelen zijn, grote betekenis voor de mogelijkheden zorg te verlenen aan migranten. Migranten opnemen in de psychiatrie wordt om meerdere redenen lastig gevonden. Het risico bestaat dat migranten geïsoleerd worden van hun familie en zich op de afdeling vanwege taal- en cultuurproblemen ook niet thuis voelen (Lamers, 1987, p97). De taal- en cultuurproblemen zouden dus een belemmering voor opnames kunnen zijn. Met de groeiende populariteit van de visie dat mensen psychische problemen ontwikkelen als gevolg van sociale omstandigheden, ligt een mogelijk contact met migranten juist meer voor de hand. Het probleem was namelijk dat psychopathologie als indicatie of selectie voor de psychiatrie gold. Dan moet psychopathologie in alle bevolkingsgroepen even gemakkelijk herkenbaar zijn en dat was het nu juist niet. Met de visie dat psychische problemen voort kunnen komen uit slechte sociale omstandigheden, worden er theoretisch meer inclusie voorwaarden voor migranten geschapen.

Een tweede ontwikkeling is de uitbreiding van het type hulpverleners in de GGZ, een sector die van oudsher gedomineerd wordt door psychiaters (artsen) maar nu ook steeds meer beïnvloed wordt door psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. In deze periode hanteren veel psychiaters nog een hermeneutisch perspectief (Abma en Weijers, 2005, p146). Dat wordt versterkt door de sociaal-psychologische perspectieven van andere disciplines. Daarmee lijkt de GGZ een ideale voedingsbodem om de psychische klachten van migranten te begrijpen en te behandelen. We zullen zien dat dit in theorie wel gebeurt maar in de praktijk tot problemen leidt als het gaat om daadwerkelijke hulpverleningscontacten.

De hoofdredacteur van MGv(1981, 7/8, 609-693) loopt al vooruit op de Minderhedennota, die nu nog een ontwerp is door te stellen dat er

inmiddels 500.000 leden van minderheidsgroepen in ons land verblijven, nog afgezien van de 300.000 Indische Nederlanders, die soms ook meegeteld worden. Dat verblijf van de leden van minderheidsgroepen is niet tijdelijk, zoals een aantal jaren geleden nog verondersteld werd, maar permanent –waarmee Nederland, zoals in sommige grote steden al zeer voelbaar is, een multiraciale samenleving is geworden. Een half miljoen mensen is 'ontheemd' uit de eigen cultuur en omgeving, een toenemend deel daarvan belandt in ons gezondheidszorgsysteem, dat de gevoelens van ontheemding vaak alleen maar vergroot (Heerma van Vos, 1981, p609).

De minderheden hebben recht op een gelijke mate van toegang tot de zorg maar

wat is de waarde van de toegang tot een systeem, zoals onze geestelijke gezondheidszorg, dat de problemen waar het om gaat niet (her)kent en begrijpt, laat staan er een oplossing voor weet te bieden? (ibid., p609).

De bijdragen in MGv(1981) hebben één boodschap gemeen:

het vrijelijk openstellen van de bestaande psychosociale hulpverlening voor etnische bevolkingsgroepen, zoals de voorkeursnaam luidt, is als beleid onvoldoende. Ontheemden hebben zeer specifieke problemen, die samenhangen met hun maatschappelijke ontworteling; daarnaast hebben ze verplaatste problemen, die alleen vanuit hun oorspronkelijke cultuur te begrijpen zijn; en tenslotte kennen ze eigen genezers en geneeswijzen, die voor een deel meegenomen werden –soms lijfelijk, soms als psychisch cultuurgoed. Ook wie assimilatie aan de Nederlandse samenleving als eerste doel heeft, zal met al deze factoren rekening moeten houden (ibid., p609).

Voor vermindering van de pijnlijkheid van de problematiek van gastarbeiders stelt Blijham in 1980 de oprichting van specifieke beoordelings- en adviescentra voor gastarbeiders (BAGA-centra) voor. Dosen (1981) omarmt dat idee maar vindt dat men voor preventie van psychische problemen nog een stap verder moet gaan en op een internationaal niveau moet werken aan voorlichting, voorbereiding en aan economische, sociologische en psychologische planning van tijdelijke arbeid in het buitenland. We weten achteraf dat deze voorstellen niet overgenomen zijn.

De toegenomen aandacht voor de psychische gevolgen van oorlogservaringen leidt in 1979 tot de oprichting van de Sociaal Pedagogische Dienst voor Latijns-Amerikaanse vluchtelingen (SPD-LAV). In 1982 opent Phoenix, een paviljoen van het psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze voor Vietnamese bootvluchtelingen.

2.3. Zorggebruik

De ontwikkelingen in de psychiatrie leiden tot veranderingen in het zorggebruik in de gehele populatie. Daar zullen we nu nader op ingaan. De druk op de inrichtingen om psychiatrische patiënten als normale mensen, met psychische problemen te beschouwen, leidt niet tot minder opnames, integendeel. Het zorggebruik van psychiatrische ziekenhuisbedden blijft toenemen, de vraag naar ambulante zorg neemt ook toe.

Het aantal 'opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' stijgt in de periode 1967 – 1977 gestaag, van 11.596 tot 19.321 (Patienten Registratie Psychiatrische Instituten 1977). In deze periode is als trend te zien dat de oververtegenwoordiging van vrouwen afneemt. Het aantal vrouwen is nu vrijwel gelijk aan het aantal mannen. Deze getallen laten niet de totale bevolking van psychiatrische ziekenhuizen zien. Er is een grote chronische populatie die al jaren in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft. Het aantal aanwezige patiënten is in de periode 1967 – 1977 gedaald van 26.104 naar 22.345, dat is een daling van 14%. Van deze groep aanwezige patiënten in 1977, verblijft 50% langer dan 5 jaar en ruim 40% langer dan 10 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis. De meest voorkomende diagnoses zijn schizofrenie (33,5%), andere psychoses (12,2%) en

zwakzinnigheid (13,4%). De meeste mensen worden opgenomen op verwijzing van de Sociaal Psychiatrische Dienst (ruim 40%) en van de huisarts (22,4%).

In 1978 en 1979 is het aantal opnames vrijwel gelijk en iets lager dan in 1977. Vanaf 1980 stijgt het aantal opnames weer, eerst zijn dat er 22.182, in 1983 zijn het er 27.603. Een steeds groter aantal patiënten verblijft kort in de psychiatrie, wat leidt tot hogere opnamecijfers. De totale populatie blijft licht afnemen tot 22.285 in 1983 (Jaarboek GGZ 1994). Over het zorggebruik van de GGZ door migranten is nog geen beeld te geven.

2.4. De doelgroep

In Nederland verblijft tussen 1970 en 1980 een aantal groepen migranten. Aan de gegevens van het CBS zijn categorieën toegevoegd: de Nederlands Indiërs en vluchtelingen. Over 1970 geeft het CBS nog geen schatting van het aantal Antillianen.

1980	1970	
Nederlanders	12.958.000	14.091.000
Indische Nederlanders	300.000*	
Marokkanen	17.400	71.800
Surinamers	55.000*	145.700
Turken	23.600	119.600
Antillianen	6 tot 8000*	36.200
Spanjaarden	22.600	23.500
Italianen	16.300	20.900
Joegoslaven	4.300	13.700
Vluchtelingen uit Latijns Amerika, Hongarije,		
Tsjechië en Vietnam		20.000**

Bron: CBS, 2003 -11-20

Bron *: Schuster (1999)

Bron **: Flores en Marx (1981). Van de naar schatting 20.000 vluchtelingen zouden er 3000 uit Latijns Amerika afkomstig zijn, uit Chili, Argentinië en Uruguay.

Marokkaanse gastarbeiders

Van den Berg-Eldering schrijft in 1977 een proefschrift over Marokkaanse gezinnen in Nederland. De basis voor dit proefschrift is intensief, explorerend onderzoek onder een betrekkelijk kleine groep Marokkaanse gezinnen (45). Naast interviews is zij getuige van familiebijeenkomsten, zowel in Nederland als in Marokko. Door het leren van Marokkaans-Arabisch en uit hoofde van haar functie als maatschappelijk begeleidster bij een aantal van de respondenten, is zij in staat een aantal gezinnen gedurende langere tijd te volgen. Zij beschrijft de

achtergrond van migratie, de gezinsrelaties in Nederland en de positie van migrantengezinnen in Nederland en in het land van herkomst.

Het past geheel in deze tijd om te beginnen met de vraag of de Marokkaanse migranten tijdelijke dan wel permanente inwoners zullen worden. Van den Berg-Eldering concludeert dat er geen aanwijzingen zijn dat de Marokkaanse migranten de bedoeling hebben zich permanent in Nederland te vestigen.

De gezinsmigratie naar Nederland wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de ontwrichting in het huwelijks- en gezinsleven ten gevolge van de langdurige afwezigheid van het gezinshoofd. Het Marokkaanse gezin heeft een stereotype beeld van de Nederlandse samenleving en tracht haar eigen cultuur te behouden. Dat geldt met name voor de man-vrouw verhouding, de opvoeding, religie en de relaties met andere Marokkanen in Nederland (Van den Berg-Eldering, 1977, p265).

Ook al hebben ze niet bewust gekozen voor permanente vestiging in Nederland, terugkeren is nauwelijks een optie omdat zij in Marokko hun positie niet kunnen verbeteren. Financiële overwegingen, schoolgaande kinderen en verantwoordelijkheid voor familieleden in Marokko spelen een belangrijke rol in dit dilemma.

Volwassen Marokkaanse migranten hebben ten gevolge van de onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal nauwelijks kans te participeren in de Nederlandse samenleving. De contacten tussen Marokkanen en Nederlanders worden belemmerd door geringe kennis van elkaars cultuur en achtergronden, negatieve waardering van elkaars cultuur, taal, sociale controle in de Marokkaanse gemeenschap, schaarse vrije tijd en het ontbreken van deskundige begeleiding bij het aangaan van relaties tussen Marokkaanse en Nederlandse gezinnen. De Marokkaanse gezinnen behouden zoveel mogelijk hun eigen cultuur en beperken hun primaire relaties bijna uitsluitend tot de eigen groep. Dat bevordert het welzijn van de gezinnen in de eerste periode van verblijf in Nederland en beschermt migranten tegen ontworteling. Bovendien kan een hechte gemeenschap een middel zijn tot groepswijze emancipatie. Maar de nadelen van het zich richten op andere Marokkanen zijn dat het een minderheidspositie bevordert, individuele vrijheid en ontplooiingsmogelijkheden beperkt en vooroordelen en discriminatie bestendig worden.

De wens tot het behoud van eigen cultuur en religie enerzijds en de ongelijke participatie in de Nederlandse samenleving en beïnvloeding door de Nederlandse cultuur anderzijds van de diverse gezinsleden, kunnen het functioneren van het gezin in ernstige mate belemmeren en conflicten tussen ouders en kinderen veroorzaken (ibid., p267-268).

Een paar jaar later, in 1981, verschijnt het eerste themanummer over migranten van het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid (81, 7/8). Limburg-Okken concludeert in dit themanummer dat

de Nederlandse psychiatrie nog niet geschreven heeft over haar ervaringen met deze groep, bij wie de identiteitsonzekerheid en de machteloosheid van de Nederlandse gezondheidszorg rechtevenredig lijken met de dikte van het medisch dossier, dat tenslotte met een soms geïrriteerde brief naar de psychiater wordt opgestuurd (Limburg-Okken, 1981, p633).

Op de betekenis van deze achtergronden voor de psychiatrie bij Marokkaanse werknemers gaat Limburg-Okken nader in.

De opvoeding in een gesloten, hiërarchisch gekaderd maar ook veilig extended family verband lijkt een slechte voorbereiding op de Europese buitenwereld. Men heeft niet geleerd zichzelf als een autonoom, afgegrensd onafhankelijk individu te ervaren. Mannen en vrouwen ontnemen hun identiteit en bestaansredenen meer aan hun lichamelijke functies dan aan persoonlijke ontplooiing of zelfverwerkelijking op ander gebied. Lichamelijk disfunctioneren, leidt tot ernstige identiteitsonzekerheid. Het hebben van een ziekte (c.q. bedrijfsongeval) is belangrijker dan de ziekte zelf. De leden van de extended family zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de eer en het prestige van de groep in de buitenwereld. Het is belangrijker om samen een ideale façade te waarborgen dan om individueel met het geweten in het reine te zijn (cultuur van schaamte, niet van schuld, *ibid.*, p629).

In het themanummer van MGv vinden we naast Marokkanen nog een aantal doelgroepen terug. Gastarbeiders uit Joegoslavië, Surinaamse-Creolen en politieke vluchtelingen uit Latijns-Amerika.

Joegoslaven

Over depressie bij Joegoslavische gastarbeiders schrijft Dosen (1981), die zelf van Joegoslavische afkomst is en daarom regelmatig gevraagd wordt door collega-psychiaters en andere verwijzers om een specialistisch onderzoek te verrichten bij Joegoslavische gastarbeiders.

Huisartsen vinden de klachten van deze patiënten vaak 'overdreven' en de patiënten kunnen lastig zijn omdat zij direct specialistisch onderzoek eisen en eerder een spuit dan een pil vertrouwen (Dosen, 1981, p635).

Dosen ziet depressies, hystero-depressies en paranoia.

Ondanks dat de ontwikkeling van paranoia grotendeels met een persoonlijke predispositie te maken heeft, krijgt men de indruk dat de specifieke levensomstandigheden waarin zich vele onderzochten bevonden, het ontstaan van deze ziekelijke gevoelens uitgelokt hebben (*ibid.*, p639).

Opvallend vond Dosen het uitgesproken wantrouwen jegens de Nederlandse omgeving maar ook tegenover hun landgenoten in Nederland.

In hun psychotische verwarring van het verleden en het heden projecteerden deze patiënten hun angsten voor hun omgeving op nog steeds levendige thematiek uit de recente geschiedenis van de Joegoslavische volkeren. Angsten om vervolgd of bedreigd te worden door fascistische of communisten waren bij deze patiënten een regelmatig voorkomend beeld (ibid., p639).

Bovendien komt uit een door Dosen onder Joegoslaven gehouden enquête naar voren dat ze zich in de Nederlandse samenleving niet thuis voelen.

Een gevoel van sociale deprivatie is duidelijk aanwezig. De concretisatie van angsten en projectie van agressieve gevoelens op vreemden is waarschijnlijk ook de reden voor de opvallende afwezigheid van minderwaardigheidsgevoelens en schuldgevoelens, die anders zeer vaak voorkomen bij depressieve mensen. Het lijkt alsof zij de slechtheid niet in zichzelf, maar buiten zichzelf, in hun omgeving voelen (ibid., p643).

Surinaamse-Creolen

Wie als hulpverlener aan het werk gaat met Surinamers van Creoolse afkomst, of met personen uit het Caraïbisch gebied, met een van oorsprong Afrikaanse traditie, doet er goed aan geïnformeerd te zijn over de winti-cultuur. In het contact met Surinamers van Creoolse afkomst komt bijna altijd naar voren dat zij contact hebben of hadden met de winti-cultuur en dat deze godsdienst een belangrijke invloed heeft op hun persoonlijke ontwikkeling,

zo stelt Ilse-Marie Dorff (1981, p656). Dorff gaat in op wat winti is en welke geneeswijzen daarbij horen. Ook zij gebruikt in haar betoog de stelling dat niet langer volgehouden kan worden dat Nederland geen immigratieland is. Dat

houdt in dat de overheid middelen beschikbaar zou moeten stellen, die dienstverlenende instanties en hulpverleners in staat zouden stellen die voorzieningen te treffen, die voor de problemen van deze groepen noodzakelijk zijn (ibid., p665).

Het inschakelen van iemand, die op de hoogte is van de Surinaamse cultuur, meer onderzoek naar de achtergrond van migrantengroepen en de overeenkomsten in behandelwijzen, zijn concrete aanbevelingen, die Dorff doet.

Latijns Amerikaanse vluchtelingen

De groep politieke vluchtelingen uit Latijns-Amerika, wordt ook als een specifieke groep beschreven. Flores en Marx (1981) zijn de auteurs van een artikel, gebaseerd op hulpverlening bij de Sociaal Psychiatrische Dienst voor Latijns Amerikaanse Vluchtelingen in Amsterdam. In de tweede helft van de jaren '70 kwamen er ongeveer 3000 vluchtelingen naar Nederland. Een deel van die mensen zocht hulp vanwege klachten die verband houden met achtervolging,

gevangenschap, foltering en aanpassingsproblemen in de Nederlandse samenleving. Flores en Marx geven een overzicht van de klachten van de vluchtelingen en gaan in op aspecten van behandeling. Dat wordt besproken in 2.5, theoretische modellen. Zij zullen daarin duidelijk maken dat de politieke vluchtelingen een specifieke groep vormen, waarvoor methodisch aanknopingspunten zijn maar voor wie ook nieuwe behandelingsvormen moeten worden ontwikkeld.

2.5. Theoretische modellen

Aansluitend op de constructie van de doelgroepen arbeidsmigranten, Surinaamse-Creolen en politieke vluchtelingen, worden een aantal theoretische modellen beschreven. Deze modellen geven richting aan nieuw te ontwikkelen behandelvormen. We zullen beginnen met de modellen waarin het verband tussen migratie en psychische problemen wordt verklaard. Specifiekere modellen gaan over de chronische adaptatie en uitputting, en over winti en etno-psychiatrie als gelijkwaardige varianten van (psycho)therapie.

Migratie en psychische problemen

Six, Örüçü en Botros (1981) geven een overzicht van de literatuur over de problematiek van 'de vreemdelingen: migranten, gastarbeiders, in Nederland'. De problematiek heeft geen eenduidige oorzaak, aard van migratie, het zich welkom voelen in het gastland en individuele persoonlijkheid spelen een rol. Er bestaan diverse visies die de relatie tussen migratie en psychische problemen proberen te verklaren. Six, Örüçü en Botros geven er vijf, die de theoretische modellen samenvatten.

1. De '*Culture-shock*' theorie veronderstelt dat migranten in een nieuwe sociale omgeving, die erg verschillend is van hun oorspronkelijke omgeving, psychische moeilijkheden ervaren zoals ernstige roldiscontinuïteit, waardeconflicten en sociale desoriëntatie.
2. De '*Goal-Striving Stress*'-theorie veronderstelt dat de oorzaak van psychische problemen niet in de migratie zelf ligt maar in het niet waar (kunnen) maken van de verwachtingen, waarop migratie gebaseerd was. Limburg-Okken gebruikt in '89 deze theorie in haar onderzoek naar migranten in de psychiatrie. Daarop zullen we in hoofdstuk 3 uitgebreid ingaan.
3. De '*Drift*'-hypothese veronderstelt dat migratie eerder een consequentie of een symptoom is van al vóór de migratie bestaande problematiek bij migranten.
4. In de '*migratie als stress*'-theorie gaat men ervan uit dat verschillende aspecten van migratie als ingrijpende veranderingen beschouwd moeten worden, die elk afzonderlijk de functie van 'stressor' bezitten. De optelsom van 'sociale isolatie, separatie van de vertrouwde omgeving, van belangrijke personen, van andere vormen van sociale interactie, van normen en waarden' is een potente stressor: migratie.

5. Het '*nostalgisch fenomeen*' kan troost bieden voor het pijnlijke heden, de blokkering van een doel, werkelijk of ingebeeld. Een negatieve verandering in het zelfbeeld van migranten leidt tot dit nostalgisch fenomeen, dat gedefinieerd wordt als een symbolische terugkeer naar, een psychologische herwaardering van die gebeurtenissen uit het verleden, die optimale voldoening bewerkstelligen (Zwingmann, 1973). Vrouwen zouden, omdat zij vaker sociaal geïsoleerd leven, meer acuut lijden aan dit verschijnsel.

Dat zowel persoonlijkheids- als omgevingsfactoren een rol spelen in de relatie tussen migratie en psychische problemen, daarover bestaat onder de diverse auteurs geen twijfel. Over de mate van invloed van deze factoren valt echter weinig eensgezindheid te bespeuren (Six et al., 1981, p647-650).

Six, Örücü en Botros werpen vooral veel vragen op die te maken hebben met diverse fase-indelingen in de migratie, het bij voorkeur uiten van psychosomatische klachten als rugklachten, hoofdpijn, maagklachten, slapeloosheid en benauwdheid en communicatieproblemen met hulpverleners.

Chronische adaptatie en uitputting

Dosen concludeert over het ontstaan van depressies bij Joegoslaven, dat dit verband houdt met de duur van hun werk en verblijf in Nederland. De specifieke omstandigheden waarin ze leven, aanpassingsproblemen en werkmotivatatie spelen een wezenlijke rol bij het ontstaan van hun klachten. De hulpverleners betitelen de klachten van deze patiënten in eerste instantie vaak als simulatie. Dosen ziet hierin een aarzeling om te onderkennen dat chronische adaptatiemoeilijkheden tot uitputting kunnen leiden. Kennelijk zoeken gastlanden

liever de oorzaken van de psychische stoornissen van hun gastarbeiders in hun genetische erfelijkheid of in hun psychotrauma's vóór hun komst naar het buitenland. Men krijgt de indruk dat gastlanden er toe neigen om op deze manier zich te beschermen tegen de financiële, economische en morele verantwoordelijkheid tegenover hun gastarbeiders (ibid., p643).

Wintie en ethno-psychiatrie

Een ander theoretisch model is het zoeken naar geneeswijzen, die bij bepaalde culturele groepen bekend zijn en mogelijk ook in de geestelijke gezondheidszorg toegepast kunnen worden. Dorff (1981) schrijft dat

het zal zijn opgevallen dat in de eeuwenoude traditie van de winti-cultuur behandelingsrituelen (therapieën?) voorkomen, die opmerkelijk veel overeenkomst vertonen met therapieën, die in de jaren zestig en zeventig als baanbrekende nieuwe vormen werden gelanceerd in de moderne westerse therapie, onder een andere naam en in een iets andere vorm. Duidelijk herkenbaar zijn bijvoorbeeld de elementen van flooding, implosive therapy, imaginaire confrontatie, rouwtherapie en

psychodrama. Bovendien zijn er sterke aanwijzingen dat er parallellen lopen tussen enerzijds hypnotherapie, het gebruik van katharische processen in therapieën en anderzijds het hanteren van de trance als therapeutisch middel door de Bonuman (Dorff, 1981, p666).

Met deze poging om de winti als 'normale' variant van westerse psychiatrie te zien en het gebruik van het woord therapie voor behandelingsritueel, probeert Dorff de winti te normaliseren. Op die manier zou gelijkwaardige samenwerking tussen hulpverleners in de psychiatrie en Bonumannen gemakkelijker worden.

Nog een stap verder gaat Charles Wooding, die een zeer uitgebreide 'Afrosurinaamse case-study' beschrijft, waarvan we hier alleen de conclusies overnemen, die zich richten op de integratie van etno-psychiatrie in de westerse psychiatrie.

De case-study leert dat lichaam en geest niet te scheiden zijn en dat westerse therapieën die niet aansluiten bij de ideeën over cosmologie en etiologie die leven bij een belangrijk deel van de Afrosurinaamse bevolkingsgroep, zowel in Suriname als in Nederland, niet leiden tot psychische genezing. De ethnopsychiatrie toont aan dat functionele stoornissen niet met medisch-biologische preparaten behandeld moeten worden. Het verdient aanbeveling om deze vorm van therapie te integreren in een cultuurmodel dat aan therapeuten wordt onderwezen, en op te nemen in het ziekenfondspakket, zodat artsen kunnen doorverwijzen naar de ethnotherapeut (transculturele psychotherapeut) en omgekeerd (ibid., p680).

Behandeling van Latijns Amerikaanse vluchtelingen

Het doel van de therapie was oorspronkelijk het losmaken, en zo mogelijk direct herbeleven, van affecten verbonden aan de recente trauma's (Flores en Marx, 1981, p621).

Die werkwijze, waarbij de therapeut zich opstelt als 'praatpaal' werd eerder toegepast op de gegijzelde treinreizigers. Een aantal specifieke factoren van de groep vluchtelingen is van invloed geweest op de ontwikkeling van de werkwijze bij de SPD-LAV. Die factoren zijn, volgens Flores en Marx:

- een chaotische toestand als gevolg van verwarring over de omstandigheden in Nederland;
- andere beweegredenen voor de patiënten zelf dan voor de verwijzers, waarbij de patiënten verzoeken om bemiddeling bij huisvestings-scholings- en arbeidskwesties. Een groot aantal heeft ook lichamelijke klachten. En geen behoefte aan psychotherapie, soms wel later;
- het verlangen om terug te gaan leeft bij elke patiënt;
- daardoor maar ook door angst voor verlating, ontwikkelt de therapeutische relatie zich moeizaam;
- de patiënten hebben bepaalde afweermechanismen die in het land van herkomst adequaat waren.

Bij de therapeuten groeit het besef dat behandeling niet uitsluitend gericht dient te worden op de recente trauma's maar de klachten te zien tegen de achtergrond van pre-existente persoonlijkheid en omstandigheden van de patiënt in Nederland'.

2.6. Therapeutische praktijken

Er zijn nog geen beschrijvingen van therapeutische praktijken met migranten in de psychiatrie. We bespreken de analyse van hulpverlening aan migranten in de maatschappelijke dienstverlening en hulpverlening, om enig beeld te krijgen van de aansluitingsproblemen voor migranten in de zorg in het algemeen. Aparte instellingen worden in het leven geroepen om migranten te ondersteunen. Met name het individuele karakter van de westerse hulpverlening wordt als oorzaak voor het falen van de hulpverlening gezien. Dat er nog weinig succes geboekt is in de psychische hulpverlening aan migranten, wordt niet al te 'zwaar' gevoeld. Men krijgt eerder de indruk dat er sprake is van een te ontginnen terrein.

Aangezien er geen doorverwijsmogelijkheden waren voor buitenlanders met opvoedings- en psychische problemen werd in 1974 een speciaal bureau opgezet voor hulpverlening aan buitenlanders met psychosociale problemen (Eppink, 1981, p682).

Andreas Eppink heeft het dan over de Averroès Stichting te Amsterdam en hij beschrijft de praktijkervaringen met verschillende groepen migranten, die tot

een betere methodische wijze van werken in de hulpverlening aan buitenlanders zou moeten leiden (ibid., p682).

Individuele hulpverlening aan Marokkaanse en Turkse jongeren bleek weinig effectief. Het probleem is de naar verhouding veel te korte socialisatieperiode waardoor zij

zeker als buitenlander op een toch al krappe arbeidsmarkt op korte of lange termijn wel moeten falen (ibid., p683).

Het aanleren van 'life-skills' wordt aanbevolen als een adequate hulpverleningsvorm.

Hulpverlening aan cliënten met een andere culturele achtergrond vereist een andere werkwijze en methodiek. Die andere werkwijze kent meerdere niveaus:

- * niveau van inzicht bij de hulpverlener, die niet in staat is de problemen van zijn buitenlandse cliënt in te schatten; communicatieproblemen en interpretatieproblemen;
- * niveau van oplossingen, waaronder het overbrengen van informatie, motiveren en relatie opbouwen;
- * niveau van doelstellingen, waarbij de verschillen tussen cliënt en hulpverlener hulp inadequaet en inefficiënt maken.

Hulpverleners kunnen op deze niveaus veel leren maar in individuele hulpverlening wordt

de cliënt los gezien van zijn omgeving, los van wat hij geleerd heeft, los van de banden die hij heeft met het thuisland en landgenoten in Nederland. Kinderen en ouders, echtgenoten en hun gezin worden in partjes verdeeld en in de hulpverlening afzonderlijk benaderd. Veel hulpverleners zien niet heen door de schijnaanpassing van hun cliënt, anderen verkijken zich op het feit dat de 'groep' veel van de betekenis verloren heeft die deze in het herkomstland had en miskennen daarmee de psychische oriëntatie die de cliënt op een 'groep' heeft, minder dan op zichzelf (ibid., p688).

De waarde-oordelen van hulpverleners over opvoeden (niet-slaan) en relaties (gelijkwaardigheid) spelen in individuele hulpverleningscontacten vaak een belemmerende rol.

Hulpverleners moeten geen waarde-oordelen hanteren (ze mogen ze wel hebben –daaraan ontkomen ze nauwelijks), moeten voorzichtig zijn in de interpretaties, maar aan de andere kant moeten zij zelfbewust en beslist zijn door de cliënt een richting te wijzen, via bemiddeling tot oplossingen te komen (ibid., p690).

Het huidige (individueel) maatschappelijk werk is als verschijnsel

een typische exponent en het resultaat van de westers-geïndustrialiseerde samenleving. De methoden en technieken zijn niet adequaat voor hulpverlening aan cliënten met andere referentiekaders (ibid., p690).

De conclusie van Eppink is dat de maatschappelijke dienstverlening en hulpverlening aan de eerste generatie migranten heeft gefaald,

deze is nauwelijks op gang gekomen omdat men niet 'wist' of buitenlanders zouden terugkeren of blijven. Hulpverlening aan de tweede generatie mag deze naam niet hebben omdat alleen daar hulp verleend wordt waar de Nederlandse samenleving de problemen als schrijnend ervaart. Op deze wijze heeft de hulpverlening het bedje gespreid voor een problematische derde generatie en daarmee een verkeerd soort werkgelegenheid voor zichzelf (ibid., p691).

De kritiek van Eppink richt zich op het voorhouden van emancipatie die ook andere kansarme groepen wordt voorgehouden, waardoor kinderen uit huis en vrouwen richting echtscheiding worden gedreven in plaats van in te zetten op bemiddeling. De hulpverlening maakt daarin brokken.

Individuele hulpverlening heeft geen oplossingen voor familievetes, bloedwraak, slaan van kinderen, vrouwen met hoofddoekjes, weggelopen van kinderen of kleine criminaliteit. Verbetering van de structurele problemen vraagt aandacht, de participatie in de samenleving en het leren van sociale vaardigheden (ibid., p692).

Eppink schrijft over de ervaringen bij de Averroès Stichting, waar maatschappelijk werkers contacten hebben met migranten. Er zullen ook al contacten in de (ambulante) psychiatrie zijn geweest maar die zijn nog niet geanalyseerd en / of beschreven. De hulpverleners steken een teen in het zwembad om te voelen of er in te zwemmen valt. Het zijn verkenningen voor therapeutische praktijken, die in de volgende periode wel vorm krijgen.

2.7. Samenvatting

We zijn de beschrijving van het overheidsbeleid eerder begonnen dan 1972 omdat de komst van Indische Nederlanders in de periode daarvoor al veel debat heeft opgeroepen, waar argumenten over immigratie en integratie naar voren komen, die ook in latere periodes herhaald worden.

In de periode 1972-1983 is Nederland officieel een emigratieland maar er is sprake van een duidelijke verschuiving en men zoekt ook naar de juiste benadering voor migranten, die in Nederland zijn komen wonen. De nadruk op behoud van eigen taal en identiteit is in deze periode nog vooral ingegeven door de verwachting dat migranten zullen terugkeren als er geen economische noodzaak meer is hen hier te laten werken. De commissie Blok spreekt dan ook voor deze periode over categoriaal beleid.

De oprichting van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers in 1972 markeert deze eerste periode omdat het aangeeft dat specifiek gezondheidsbeleid en aparte voorzieningen voor migranten nodig zouden zijn.

Surinamers zijn tot de onafhankelijkheid van 1975 landgenoten en hebben het recht zich in Nederland te vestigen. Een aanzienlijk deel van de Surinaamse populatie maakt daar uiteindelijk gebruik van en dat betekent dat mensen uit allerlei sociale lagen naar Nederland komen. Het zijn niet, zoals eerder, de mensen die de overtocht konden betalen en hier kwamen om te studeren of meekwamen met hun werkgevers.

Ook de beschrijving van het zorgsysteem zijn we eerder dan 1972 begonnen omdat de ontwikkelingen in de 'gestichtpsychiatrie' belangrijk zijn om de ontwikkeling van de ambulante zorg te begrijpen. In de inrichtingen ziet men, door de invloed van medicijnen en kritische stromingen in de psychiatrie meer therapeutische mogelijkheden voor de behandeling van patiënten.

In de constructie van de doelgroep valt op dat er een grote nadruk wordt gelegd op cultuurverschillen. De meeste migranten zouden hun eigen cultuur willen behouden. Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal zou de migranten belemmeren volwaardig te participeren in de Nederlandse samenleving. Dit geldt specifiek voor de Marokkaanse gastarbeiders. Het is niet verwonderlijk dat zij hun eigen cultuur willen behouden, dat is ook wat de overheid als beleid ten aanzien van arbeidsmigranten aanhoudt. De kern van hun ervaringen is de identiteitsonzekerheid en de machteloosheid van de Nederlandse gezondheidszorg om hun maatschappelijke problemen te verbeteren.

Er wordt ook gesproken over gastarbeiders uit andere landen, Surinamers en vluchtelingen uit Latijns Amerika. In het beeld van Joegoslavische

gastarbeiders overheersen de depressie en paranoia. Surinamers van Creoolse afkomst worden beïnvloed door de winti-cultuur. En vluchtelingen uit Latijns-Amerika hebben klachten die samenhangen met geweldservaringen en aanpassing in Nederland. Die laatste groep wordt als een specifieke groep gezien, waarvoor methodisch wel aanknopingspunten zijn maar voor wie ook nieuwe behandelvormen moeten worden ontwikkeld.

De theoretische modellen gaan over de relatie tussen migratie en psychische problemen, depressie en paranoia en traditionele geneeswijzen, die bij de migranten bekend zouden zijn en veelvuldig gebruikt zouden worden. Er is een roep om erkenning van dergelijke geneeswijzen als een gelijkwaardige vorm van behandeling (en vergoeding).

De therapeutische praktijken zijn nog niet erg omvangrijk en weinig succesvol maar de toon waarmee hierover geschreven wordt is licht. 'We staan nog maar aan het begin, we moeten nog veel leren en ons aanpassen aan die vreemde migranten', zo lijkt de teneur van het vertoog over hulpverlening aan migranten in deze periode. Er wordt wel gezien dat migranten in vaak moeilijke omstandigheden verkeren en veel problemen hebben, die ze niet als psychische problemen interpreteren maar lichamelijk uiten. Hulpverleners hebben veel kritiek op de aansluiting van de hulpverlening op migranten maar kijken optimistisch naar de toekomst van interculturele zorg. Er moet nog veel gebeuren.

Hoofdstuk 3 De periode 1983 – 1993

3.0. Inleiding

In deze periode zijn er meer bronnen beschikbaar voor het beschrijven van het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. Voor de beschrijving van het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie sluiten we aan op het WRR rapport *Etnische Minderheden* (1979). De *Minderhedennota* (1983) markeert deze periode omdat het aangeeft dat immigratie geen tijdelijk verschijnsel is. We zullen nagaan wat het loslaten van het begrip ‘tijdelijkheid’ ten aanzien van immigratie voor het integratiebeleid betekent.

In het zorgsysteem zien we dat een aantal RIAGG’s in de grote steden zich gaat richten op migrantengroepen. De zorg voor vluchtelingen en asielzoekers blijft categoriaal georganiseerd. In 1993 wordt een deel van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen verzelfstandigd en samengevoegd met de SPD voor Latijns Amerikaanse Vluchtelingen tot Pharos. Pharos krijgt een steeds belangrijker functie in de deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de reguliere zorg. We zullen ingaan op welke categorale voorzieningen er voor vluchtelingen zijn. Het zorggebruik van de GGZ onder de gehele bevolking in deze periode kunnen we beter analyseren vanwege beschikbare cijfers, vooral in de jaarboeken van de GGZ. Het eerste jaarboek verschijnt in 1993 maar beschrijft precies deze periode, vanaf 1983. Er wordt niet apart geregistreerd op landen van herkomst maar in Amsterdam wordt, in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Santpoort wel een overzicht beschreven van het aantal allochtone patiënten.

Voor de beschrijving van de hulpverlening aan migranten maken we hoofdzakelijk gebruik van:

- het themanummer van MGv uit 1987 (42), *Migranten bij de RIAGG*
- Lamers, *Hulpverlening aan migranten*, ook uit 1987, dat bestaat uit artikelen van verschillende auteurs
- Het eerste proefschrift over migranten van Limburg-Okken (1989), *Migranten in de GGZ*

De beschrijving van doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken in dit hoofdstuk sluit nauw op elkaar aan omdat sommige bronnen alle aspecten behandelen.

In deze periode vallen ook de eerste praktijkervaringen, die ik als maatschappelijk werker opdeed in de hulpverlening aan migranten. Deze worden gebruikt als een illustratie van het vertoog over migranten in de GGZ.

3.1. Overheidsbeleid

In 1982 zijn er verkiezingen geweest en Lubbers vormt zijn eerste kabinet. Het is het begin van de periode die aangeduid wordt met neo-liberalisme. Na de oliecrisis van 1973 gaat men anders denken over economische groei en welvaart. Men raakt er van overtuigd dat de verzorgingsstaat niet meer te betalen is. Niet alleen in Nederland maar ook in andere Europese landen en in Amerika is het motto: de overheid moet een kleinere rol spelen, dereguleren, en de markt moet weer het leidend principe worden. Reagen en Thatcher voeren in Amerika en Engeland een striktere hervorming door dan Lubbers doet in Nederland. In Nederland ging het niet om helemaal schrappen van diensten maar om bijvoorbeeld 10% bezuinigen. De verzorgingsstaat wordt nog niet helemaal uitgekleeft en men wil eigenlijk bezuinigen en tegelijkertijd de publieke sector groot houden. Minister Deetman brengt in 1987 een wet met maatregelen betreffende groei en krimp van de universiteiten en academische ziekenhuizen in de periode 1987-1991 tot stand (Staatsblad 355). De economische ontwikkelingen en bezuinigingen zijn van belang voor de GGZ omdat deze sector groot is terwijl er eigenlijk onvoldoende financiering voor is.

Immigratiebeleid

Het beleid ten aanzien van immigratie heeft vooral betrekking op de rechten van Nederlanders en migranten op gezinsvorming en –hereniging. Arbeidsmigratie komt nauwelijks meer voor, eigenlijk is dat al in 1974 vrijwel beëindigd. We hebben gezien dat immigratie van Indische Nederlanders na de Tweede wereldoorlog, van Surinamers net voor de onafhankelijkheid en arbeidsmigranten –al dan niet via werving- geleid hebben tot groepen van rond de 300.000 (Indische Nederlanders), 145.000 (Surinamers) en 200.000 (Turken en Marokkanen samen).

Vluchtelingenbeleid

In de jaren tachtig komen meer vluchtelingen en asielzoekers naar Nederland. Het beleid voor de opvang van vluchtelingen en asielzoekers verandert dan ook in deze periode. Signalen over misstanden in pensions zijn voor de overheid aanleiding de opvang naar zich toe te trekken (Feldmann, 2008, p6). In 1982 gaat in Apeldoorn het eerste centrum voor de opvang van uitgenodigde vluchtelingen open. De regering besluit dat er ook voor asielzoekers structurele opvang moet komen en in 1987 worden de eerste vier asielzoekerscentra ingericht (ibid., p6).

Migrantenbeleid

De commissie Blok typeert het beleid in de jaren negentig als integratiebeleid. De Minderhedennota van 1983 legt de basis voor het beleid ten aanzien van migranten. De overheid erkent dat Nederland een immigratieland is geworden en dat migranten niet tijdelijk komen werken maar zich voor langere tijd met hun gezin in Nederland vestigen en mogelijk zelfs nooit meer terugkeren naar hun land van herkomst. Het beleid is minder groepsgericht en meer gericht op

individuele binnen groepen die in een achterstandspositie verkeren. Integratie heeft vooral een sociaaleconomische betekenis. Niet alle groepen vallen onder het minderhedenbeleid.

Dit is uitsluitend gericht op die groepen waarvan men aanneemt dat zij een lage maatschappelijke positie innemen, in combinatie met een afwijkende cultuur (afwijkend van de Nederlandse cultuur) en die daarom het risico lopen een 'etnische minderheid' te worden, hetgeen betekent dat zij dan permanent (van generatie op generatie) een lage maatschappelijke positie blijven innemen. Het gaat hierbij in concreto om Turken, Marokkanen, Zuid-Europeanen, Surinamers, Antillianen, Molukkers, vluchtelingen, zigeuners en woonwagenbewoners. Deze groepen worden aangeduid met de term 'minderheden'. In totaal zijn dat 865.000 mensen in 1980, 5,7 procent van de totale bevolking in Nederland (Penninx, 1996, p13)

In de Minderhedennota van 1983 worden de doelstellingen uit de Ontwerp minderhedennota (1981) overgenomen. De hoofddoelstelling van het arbeidsmarktbeleid voor minderheden is aan alle bevolkingsgroepen die in ons land wonen de mogelijkheid te bieden op alle niveaus van evenredigheid aan het arbeidsproces deel te nemen. In het rapport staan drie thema's centraal. Ten eerste het scheppen van voorwaarden voor minderheidsgroepen voor emancipatie en participatie, op basis van wederzijdse aanpassing en aanvaarding van alle bevolkingsgroepen. Het tweede thema betreft het verminderen van sociale en economische achterstand, door beleid gericht op achterstandsbestrijding in grote steden. Het derde thema gaat over het voorkomen en bestrijden van discriminatie en het verbeteren van de rechtspositie van minderheden.

Van minderheden wordt verwacht dat zij zich zullen inspannen om zich de sociale vaardigheden en de Nederlandse taal eigen te maken. Organisaties van minderheden die een rol kunnen spelen in het emancipatieproces zullen worden gesubsidieerd. Op het terrein van onderwijs komt de nadruk te liggen op onderwijs in eigen taal en cultuur (ETC) en intercultureel onderwijs. Het motto 'integratie met behoud van de eigen identiteit' krijgt in die tijd een andere betekenis dan in de voorgaande periode. Toen werd het gezien als garantie voor terugkeer, nu zou het behoud van eigen identiteit de emancipatie in eigen kring stimuleren, en dat zou weer van invloed zijn op de integratie in de Nederlandse samenleving (Blok, 2004, p37).

De doelstellingen zullen, volgens de Minderhedennota, alleen gerealiseerd kunnen worden als de rechtspositie van de migranten versterkt zal worden en gelijke behandeling gegarandeerd wordt. In het beleid krijgt inspraak van minderheden gestalte in de vorm van de instelling van een landelijk inspraakorgaan.

Als we dit beleid in een historische context plaatsen, dan zijn er enkele interessante veranderingen ten opzichte van het verleden te zien. In de eerste plaats is de beleidsmatige bemoeienis van de overheid met immigranten sterk toegenomen. In de tweede plaats zijn de grondprincipes van de 'verzorgingsstaat' herkenbaar: de verzekering van

minimumstandaarden voor alle legale ingezetenen (los van nationaliteit), gelijkheid van rechten en kansen, evenredige deelname en gelijke behandeling. Het minderhedenbeleid kan dan ook als een specifieke vorm van beleid van een verzorgingsstaat gezien worden (Penninx, 1996, p15).

Dit nieuwe beleid heeft voor alle sectoren in de samenleving gevolgen en dus ook voor het gezondheidsbeleid maar

gezondheidszorg voor migranten is geen speerpunt van beleid. De onuitgesproken gedachte is dat inzet op het terrein van wonen, werken en weten uiteindelijk bijdraagt aan verbetering van de gezondheid. Het uitgangspunt 'algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig' vertaalt zich in het overhevelen van uitvoerende taken van het categoriale welzijnswerk naar de eerste lijn en in het ondersteunen van de deskundigheidsbevordering van huisartsen en GGZ-hulpverleners (van Dijk in Sbiti & Boedjarath, 2009, p74).

In 1986 wordt het Overlegorgaan Gezondheidszorg Minderheden (OGM) ingesteld, een vervolg van het overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers, dat in 1972 gestart was. Binnen de toenmalige Nederlandse Vereniging van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) ontstond een inspirerend overleg tussen professionals van verschillende disciplines en uiteenlopende culturele en etnische herkomst (Burger, 2004, in OGM, 2005, p109). Men had de ambitie om methoden, personeel en relatienetwerken af te stemmen op de bevolkingsgroepen en relatienetwerken af te stemmen op de bevolkingsgroepen in het verzorgingsgebied. Het beleid van de RIAGG Amsterdam-Oost was erop gericht elk van de teams geleidelijk aan te multiculturaliseren (ibid., p109). Per team trok men deskundige allochtone werkers aan en werden alle werkers geschoold. Binnen de NVAGG startte een project dat tot doel had de allochtone professionals een betere kans te geven binnen de GGZ.

Het OGM wordt in 1990 het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving. Zij introduceert de term interculturalisatie waar we in de volgende periode nader op in zullen gaan.

In 1989 verschijnt het WRR-rapport Allochtonenbeleid. Het rapport is van belang voor de ontwikkeling van het beleid in de jaren negentig (Blok, 2004, p.39), net zoals het rapport Etnische Minderheden (1979) van belang was voor de jaren tachtig. In tegenstelling tot het WRR-rapport van 1979, dat de WRR ongevraagd heeft opgesteld, is dit rapport opgesteld na een uitnodiging van het kabinet. De raad wordt gevraagd om te adviseren over de ontwikkelingen die hadden plaatsgevonden sinds het verschijnen van de Minderhedennota van 1983. In de adviesaanvraag aan de WRR stelt het kabinet dat

op een aantal, voornamelijk immateriële punten in de afgelopen jaren behoorlijke vooruitgang is geboekt maar dat op de terreinen waaraan in de Minderhedennota het meeste gewicht wordt gegeven – wonen, weten en werken – ondanks de geleverde inspanningen te weinig vooruitgang is geboekt (WRR-advies Allochtonenbeleid 1989, Bijlage, p207).

De verantwoordelijkheid voor het nog weinig succesvolle integratiebeleid ligt volgens de WRR niet alleen bij de betrokken groepen:

het minderhedenbeleid is te zeer blijven steken in een discussie over doelstellingen (WRR-advies Allochtonenbeleid 1989, p9). Vragen inzake cultuur en moraal hebben te veel gedomineerd en de harde kern van de problematiek is te veel veronachtzaamd. Arbeidsdeelname wordt van belang geacht vanwege de economische noodzaak – voor individuen én voor het overleefden van de verzorgingsstaat – maar ook vanwege het effect op de eigenwaarde van mensen die, door middel van arbeid, deelnemen aan de samenleving (Blok, 2004, p40).

Allochtonen dienen niet langer als zorgcategorie beschouwd te worden, en het beleid dient 'activerend' te zijn, vooral op het gebied van arbeidsparticipatie (mede gelet op de zeer hoge werkloosheid van circa 40%). Hiermee treedt een verschuiving op van recht op zorg naar plicht tot zelfverantwoordelijkheid. Het integratiebeleid

dient zich toe te spitsen op drie sectoren: arbeid, onderwijs en volwasseneneducatie. De gedachte hierbij is dat een effectief integratiebeleid op deze gebieden het treffen van specifieke maatregelen voor allochtonen op andere gebieden goeddeels overbodig zal maken (WRR-advies Allochtonenbeleid, 1989, in Blok, 2004, p40).

Het idee van burgerschap komt in deze periode op en wordt leidend beginsel voor het beleid. Met dit begrip 'burgerschap' legt de regering nadruk op de individuele burger, met een eigen verantwoordelijkheid, rechten en plichten. Niet de verschillen maar de overeenkomsten tussen mensen worden hiermee geaccentueerd. De sociale cohesie tussen mensen van verschillende herkomst in de samenleving zou daardoor meer aandacht kunnen krijgen (Blok, 2004). Volgens de WRR dient de definitie van doelgroepen van beleid periodiek bijgesteld te worden. Al met al stelt de raad voor de focus van het beleid meer te richten op sociaal economische factoren en minder op sociaal culturele. De raad beveelt aan om een allochtonenbeleid te voeren, bestaande uit drie componenten:

- vreemdelingenbeleid (inzake verblijfsrecht van niet-Nederlandse allochtonen);
- integratiebeleid gericht op arbeid (meer arbeidsplaatsen voor lager geschoolden, meer effectieve scholings- en begeleidingsinstrumenten), invoering van een wet tot bevordering van arbeidskansen en 'contract compliance', onderwijs en volwasseneneducatie (een verplichte basis cursus Nederlands en maatschappelijke oriëntering voor nieuwkomers, regionale opvang- en begeleidingsstructuur voor nieuwkomers; individueel maatwerk op alle niveaus);
- cultuurbeleid (WRR-advies Allochtonenbeleid, 1989, in Blok, 2004, p41).

De raad pleit opnieuw voor een wet inzake gelijke behandeling van vreemdelingen. Tevens dienen te procedures voor verkrijging van het

Nederlandschap te worden versneld. Daarnaast is de raad voorstander van invoering van een terugkeeroptie gedurende de eerste twee jaar na vertrek uit Nederland. De huidige financiële terugkeerregelingen worden door de raad onderschreven.

Inzake het arbeidsmarktbeleid stelt de raad voorstander te zijn van positieve actie voor minderheden op de arbeidsmarkt. Volgens de raad zouden werkgevers verplicht moeten worden om meer evenredigheid in de samenstelling van het personeelsbestand te realiseren.

In het onderwijs dienen betere voorzieningen te worden gecreëerd voor de opvang van niet-Nederlandstalige leerlingen, onder andere door herinvoering van opvangklassen, taalonderwijs voor kleuters en voor kinderen in de voorschoolse periode. Daarnaast wil de raad dat onderwijs in eigen taal en cultuur gehandhaafd wordt, alleen dient het buiten het reguliere onderwijs te worden aangeboden. Volwassen leden van minderheidsgroepen zouden een basiscursus Nederlands en een cursus oriëntatie op de Nederlandse samenleving moeten kunnen volgen. De raad stelt verder dat de

overheid de culturele en levensbeschouwelijke verscheidenheid, die van oudsher mede haar oorsprong vindt in de immigratie, dient te eerbiedigen. Zij behoort zich hierbij te laten leiden door de (grond)wettelijk gewaarborgde vrijheid tot zelforganisatie en door het beginsel van de materiële gelijkheid (...). De raad is zich ervan bewust dat zijn voorstellen om de positie van minderheden in de Nederlandse samenleving structureel te verbeteren een grote inspanning vragen van alle betrokkenen – allochtonen en autochtonen en hun organisaties, de sociale partners en de overheid. (WRR-advies Allochtonenbeleid, 1989, p. 10 e.v. in Blok, 2004, p42)

Het politieke debat naar aanleiding van de WRR-nota verplaatst zich van in het parlement meer naar buitenparlementaire debatten en de media (Blok, 2004, p42). Internationaal maar ook in Nederland leidt de Fatwa tegen Rushdie tot hevige debatten.

Een paar gekscherende opmerkingen over de profeet Mohammed in zijn roman *De Duivelsverzen* kwamen Salman Rushdie te staan op een terdoodveroordeling door het fundamentalistische moslimregime in Iran. De intellectuelen, in het Westen en in het Oosten reageerden furieus. Er ontstond een serieus debat tussen relativisten en universalisten: de eersten vonden dat men 'begrip' moest opbrengen voor de gevoelens van moslims, de laatsten vonden dat de vrijheid van kunst- en meningsuiting universele geldigheid had. De relativisten verloren het debat ruimschoots (Ramdas, 2009, p 32).

Op verzoek van de minister van Binnenlandse Zaken Dales (in het kabinet-Lubbers III) wordt een maatschappelijk debat over minderheden georganiseerd. De politieke discussie gaat onder meer over culturele c.q. religieuze verschillen.

Een belangrijke aanzet hiertoe werd in 1991 gegeven door de toenmalige politiek leider van de VVD, Bolkestein. Hij wierp, overigens buiten de

politieke arena, de vraag op in hoeverre de Islam en de westerse cultuur 'compatibel' waren én wat de door hem veronderstelde incompatibiliteit voor het integratieproces betekende, waarbij hij vooral wees op de onderdrukking van vrouwen. (...). Zijn kritiek had niet zozeer betrekking op het doel van emancipatie, maar hij meende dat de overheid geen rol had te vervullen in het faciliteren van zelforganisaties (Verwey-Jonker Instituut in Blok 2004, p44).

In reactie op het WRR-rapport komt de regering in 1990 met de nota Allochtonenbeleid: kabinetsstandpunt. De hoofddoelstellingen in dit rapport zijn de positieverbetering van minderheden en een snelle inburgering van nieuwkomers zodat zij volwaardig kunnen deelnemen aan de Nederlandse samenleving. Het kabinet erkent dat Nederland de facto een immigratieland is, maar niet in de traditionele zin dat nieuwe landgenoten worden aangetrokken om economische en demografische redenen. Het kabinet verwacht dat de immigratie voorlopig zal voortduren en stelt dat zij zoveel mogelijk beperkt dient te blijven vanwege de hoge bevolkingsdichtheid en het daaruit voortvloeiende beslag op de collectieve voorzieningen (Koolen, 2003, p87, in Blok, 2004).

De term 'allochtoon' die door de WRR was voorgesteld, wordt niet overgenomen omdat

de aanduiding 'minderheden' internationaal geaccepteerd is en verwijst naar democratische rechtsbeginselen, met name het beginsel van het respecteren van minderheden (Allochtonenbeleid: kabinetsstandpunt, 1990, p. 9, in Blok, 2004, p44).

Verder houdt het kabinet vast aan de 'beperkte doelgroepomschrijving' uit de Minderhedennota 1983, maar het staat wel positief tegenover periodieke herijking van de doelgroepen. Binnen de doelgroepen wordt prioriteit gegeven aan nieuwe immigranten in een achterstandssituatie en jongeren. Voor nieuwkomers dient er een inburgeringstraject te komen, dat door de gemeente moet worden verzorgd. De sleutel voor volwaardige deelname aan de Nederlandse samenleving ligt in onderwijs en toeleiding naar de arbeidsmarkt. Er worden daarom extra middelen voor onderwijsvoorrangsbeleid en de voorschoolse fase ingezet. Als tijdelijke aanvulling op het algemene beleid is het credo:

Algemeen beleid waar mogelijk, specifiek of categoriaal beleid waar nodig (Blok, 2004, p44).

Het kabinet vindt namelijk dat er betere resultaten geboekt kunnen worden

wanneer het algemene beleid in de diverse sectoren geïntensiveerd gaat worden en zich meer richt op de verbetering van de positie van allochtonen (Allochtonenbeleid: kabinetsstandpunt, 1990, p. 3, in Blok, 2004, p45).

Volgens het Verwey-Jonker Instituut blijkt in de discussie over de kabinetsreactie in de Kamer dat er weinig meningsverschillen zijn tussen de politieke partijen.

De versmalling van het beleid tot sociaal-economische integratie riep nog het meest vragen op bij het CDA, dat hamerde op het belang van cultuur voor de betrokken groepen. Ook het CDA benadrukte echter dat deze culturele factor voor het overheidsbeleid met name relevant is wanneer deze zou bijdragen aan sociaal economische integratie (Verwey-Jonker Instituut, in Blok, 2004, p45).

Het beleid ten aanzien van minderheden is samen te vatten als integratiebeleid. Integratie heeft in deze periode vooral een sociaaleconomische betekenis. Algemene beleidsinstrumenten worden toegepast of geïntensiveerd om de positie van migranten in de samenleving te verbeteren.

3.2. Zorgsysteem

We hebben in de vorige periode gezien dat er een nieuw circuit van ambulante voorzieningen in de GGZ is ontstaan. De sociale psychiatrie met als visie dat mensen psychische problemen ontwikkelen als gevolg van sociale omstandigheden, biedt in principe ook meer aansluitingsmogelijkheden voor migranten. Er zijn bovendien meer disciplines gaan werken in de 'psychiatrie'. Voor de 'etnische minderheden', zoals migranten in de vorige periode nog werden aangeduid, wordt gepleit voor gelijke toegang tot de voorzieningen.

In de geestelijke gezondheid is de ambulante tak nu overal zichtbaar. Het is de periode, waarin alle steden een RIAGG hebben: een Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Daarmee is de GGZ veel beter zichtbaar voor de bevolking en daarmee ook meer toegankelijk. De indicatiecriteria voor behandeling bij een RIAGG zijn ook redelijk ruim. Het is niet uitsluitend op basis van psychopathologie en een indicatie waar een psychiatrische diagnose op prijkt, dat mensen zich aan kunnen (laten) melden. Ook opvoedingsvragen en relatieproblemen kunnen aanleiding zijn om bij de RIAGG hulp te vragen. Dat heeft tot gevolg dat het gebruik maken van GGZ steeds 'normaler' wordt.

De stijgende hulpvraag naar ambulante behandeling bij de RIAGG roept de vraag op om prioriteiten te stellen (Festen, 1997, p16).

Daarmee komt de oude tegenstelling tussen de inrichting en de ambulante sector weer in beeld. Gaat het om de opvang van mensen die het contact met de realiteit verloren zijn of om psychosociale zorg voor mensen die weliswaar doodongelukkig zijn maar, zeker voorlopig, nog op eigen benen kunnen staan? Steeds meer mensen gingen de problemen die ze met zichzelf en hun naasten hadden zo bekijken dat ze vatbaar werden voor professionele behandeling en verloren zo hun schroom voor psychiaters en andere hulpverleners (ibid., p16).

De kosten van de zorg lopen onder meer door de popularisering van de GGZ echt uit de hand. Dat is de opmaat naar managed care, dat we in hoofdstuk 4 zullen beschrijven. Een verwijt aan de RIAGG's, zeker in de eerste jaren van hun bestaan, is dat zij vooral mensen uit de bevoorrechte groepen van de bevolking zouden helpen. Daarbij gaat het niet alleen om sociaaleconomische positie maar ook om kenmerken als verbale vaardigheid, leeftijd, motivatie en intelligentie. Er worden pogingen ondernomen om meer toegankelijk te worden voor specifieke groepen zoals etnische minderheden en ouderen. Daarnaast worden therapievormen ontwikkeld die minder verbale vaardigheden vereisen (ibid., p104).

Migranten

Een aantal RIAGG's in de grote steden gaat zich specifiek richten op migranten. Daarvoor wordt een project of een aparte afdeling in het leven geroepen. We beschrijven het project bij één van de RIAGG's, in Amsterdam-Oost. In 1983 klopt nog slechts een enkele Turk of Marokkaan bij de RIAGG aan terwijl zij dan samen toch al 11,4 % van het verzorgingsgebied van de RIAGG Amsterdam-Oost uitmaken (Pannekeet e.a., 1987, p755). De RIAGG formeert een projectgroep van zeven hulpverleners, drie autochtone Nederlanders, twee Turkse, één Irakese en één Nederlands/Surinaamse hulpverlener. Elke twee weken bespreekt deze projectgroep zowel beleid als casuïstiek. Cliënten worden ook door andere hulpverleners buiten de projectgroep behandeld. De toestroom van Turken en Marokkanen neemt toe tot ongeveer 10%, de Marokkaanse vrouwen vinden de weg naar de RIAGG nog niet.

In Rotterdam start in 1983 de afdeling Migranten bij de RIAGG Rijnmond Noord-West, een afdeling die vanaf 1996 Afdeling Transculturele Hulpverlening heet. Ook RIAGG's in andere steden richten zich op de toegankelijkheid van de zorg voor migranten, in het kader van een landelijk project. In 1992 vieren de RIAGG's hun 10-jarig bestaan (Festen, 1997, p112). Rond vier belangrijke onderwerpen werd de RIAGG hulpverlening neergezet:

- hulpverlening aan migranten;
- casemanagement;
- openbare geestelijke gezondheidszorg;
- preventie van psychische problemen bij kinderen van psychiatrische patiënten.

Dat betekent dat het thema, hulpverlening aan migranten, een belangrijke prioriteit is in het beleid van de RIAGG's. Het werd 'politiek correct' iets met migranten te doen, dat is een groot verschil met de jaren zeventig en de huidige periode.

Vluchtelingen

Aan het einde van deze periode zien we ook de toename van vluchtelingen en asielzoekers in de zorg. De massale toename van asielzoekers vormt de achtergrond van die toename. Het belangrijkste thema is de toegankelijkheid voor deze groepen, die niet in alle regio's op dezelfde manier geregeld lijkt te worden. In het in 1982 geopende centrum voor uitgenodigde vluchtelingen verrichtte het Centraal Medisch Team Vluchtelingen de eerste medische opvang.

De Medische Opvang Asielzoekers (MOA) is voortgekomen uit dat team (Feldmann, 2008, p6).

Er is een aantal categorale voorzieningen voor vluchtelingen. In 1987 kunnen ook vluchtelingen uit andere landen dan uit Latijns-Amerika terecht bij de SPD-LAV, dat dan ook SPD-V gaat heten. In 1989 opent de Abri van de Volksbond te Amsterdam: een opvang en begeleiding van asielzoekers met gedragsproblemen.

Pharos, opgericht in 1993, continueerde de taken van het CGV en de SPD-V en had een GGZ afdeling in Amsterdam, Utrecht en eerstelijns hulpverleners in 5 regio's in het land, gerelateerd aan de regio's van VluchtelingenWerk. Naast ondersteuning had Pharos de taak kennisoverdracht naar de reguliere zorg te verzorgen. Deze taak was reeds in de tweede helft van de jaren '80 gestart. Pharos onderscheidt zich van soortgelijke organisaties in andere Europese landen door de ontwikkeling van een breed scala aan interventies en een multidisciplinaire aanpak, waarbij er een eenzijdige preoccupatie met posttraumatische verschijnselen wordt vermeden (Watters et al., 2003 in Ingleby, 2009).

Universiteiten realiseren zich in deze periode dat migratie en gezondheidszorg onderbelichte thema's zijn. In 1989 wordt Ivan Wolffers hoogleraar Gezondheidszorg en Cultuur aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en in 1992 wordt Joop de Jong hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg en Cultuur aan dezelfde Universiteit.

3.3. Zorggebruik

Net als in de vorige periode kunnen we vooral iets zeggen over het totale zorggebruik van de GGZ. Maar in Santpoort registreert men vanaf 1983 de opnames van 'etnische minderheden'. Dit ziekenhuis onder de rook van Amsterdam is zeker niet representatief voor de totale intramurale GGZ.

Het gemiddeld aantal patiënten dat in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) verblijft, is geleidelijk verminderd maar deze daling is weinig spectaculair: van 22.285 in 1983 naar 21.611 in 1993 (Jaarboek GGZ 1994). De 'doorstroming', dat wil zeggen de verhouding tussen het aantal opnamen en ontslagen is echter met ruimt 60% toegenomen. Het aantal patiënten dat een relatief korte tijd in een APZ verblijft, neemt fors toe. Vaker dan voorheen worden mensen na ontslag ook weer opnieuw opgenomen. De groep langverblijvers – langer dan een jaar opgenomen- daalt in lichte mate maar is nog steeds ongeveer 60% van het totale bestand. De RIAGG is nu de instantie die voor de meeste verwijzingen zorgt en die ook de meeste mensen na ontslag weer terug in behandeling krijgt. Voorheen waren dat de poliklinieken van de psychiatrische ziekenhuizen.

Sinds 1986 tekent zich een verjonging van de APZ-populatie af. Dit neemt niet weg dat in 1993 ruim 60% van de bestandspatiënten 45 jaar of ouder is en bijna een derde de 65 jaar al gepasseerd is. Er zijn meer vrouwen dan mannen opgenomen en rond de 90% heeft vrijwillig ingestemd met opname.

Wat betreft de diagnoses blijft het aantal patiënten met de diagnose schizofrenie of een andere affectieve psychose stabiel. Een opvallende daling

betreft het aantal opgenomen patiënten met neurotische stoornissen. Dat zou kunnen betekenen dat vooral deze laatste groep gebruik is gaan maken van de ambulante GGZ.

Ook het gebruik van de ambulante GGZ is in deze periode geregistreerd. Het gaat dan over alle 57 Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg), de psychoanalytische instituten in Amsterdam en Utrecht en de Joodse AGGZ in Amsterdam. Tussen 1983 en 1991 stijgt het aantal inschrijvingen spectaculair: van 113.500 naar 233.850 (Jaarboek GGZ 1993). Het aantal mensen met wie persoonlijk contact is geweest in een Riagg bedraagt in 1991 378.200. Voor het eerst sinds 1980 vindt er in 1991 een stabilisering plaats van het aantal inschrijvingen.

Wellicht een indicatie voor het bereiken van de grenzen van beschikbare Riagg-hulpverleningscapaciteit (Jaarboek GGZ 1993).

Zowel de ouderenzorg als de jeugdzorg nemen procentueel toe maar de volwassenenzorg heeft het grootste aantal inschrijvingen (35%). Qua leeftijd is de groep 20-44 de grootste, 52,5% en net als in de intramurale zorg is het percentage vrouwen groter dan mannen, het verschil is hier zelfs groter: 56 tegen 44 procent. De behandelduur bestond in 27,5% van de gevallen uit één contact en ruim 18% van de uitgeschrevenen was in 1991 langer dan een jaar in behandeling geweest. Deze percentages zijn redelijk stabiel in de periode 1986 - 1991.

Niet alleen de Riagg's maken een groei mee, de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en de poliklinieken psychiatrie van algemene en academische ziekenhuizen groeien ook aanzienlijk. Het aantal inschrijvingen neemt toe van 33.432 in 1986 tot 50.984 in 1991 en het totaal aantal consulten bedraagt in 1992 bijna 600.000, in 1986 was dat nog 333.222. In deze groep zitten ook kinderen en jeugdigen, die verhoudingsgewijs fors toenemen, namelijk met 160%.

In het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort is vanaf 1980 het aantal opnames van allochtone patiënten gestegen maar niet alle etnische minderheden zijn even sterk vertegenwoordigd: de opnames van Marokkanen, Turken en Antillianen zijn toegenomen, meer dan die van Surinamers en Zuid-Europeanen, maar het aantal opnames van Surinamers en allochtonen die niet tot één van de officiële etnische minderheden¹ horen is opvallend groot. Het percentage allochtone patiënten gerelateerd aan het totale aantal opgenomen patiënten is tussen 1980 en 1985 gestegen van 13 naar 18%. Daarmee is het opnamecijfer van etnische minderheden vanaf 1980 procentueel meer gestegen dan het totale

¹ De definitie van minderheden, die Swalen gebruikt, komt van de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM), die migranten of allochtonen tot een etnische minderheid rekent als is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- haar leden naar objectieve maatstaven gemeten in overgrote meerderheid een lage sociale positie innemen;
- zij niet effectief aan de reguliere politieke besluitvorming kan deelnemen omdat zij daarvoor niet omvangrijk genoeg is en/of haar leden daartoe de juridische status missen
- zij door de rest van de samenleving als een aparte groep wordt beschouwd
- zij meerdere generaties omvat
- zij een eigen cultuur bezit, of althans duidelijke eigen culturele trekken.

aantal opnames in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen in Nederland (Swalen in Lamers, 1987, p62).

3.4. De doelgroep

Over deze periode vinden we in de statistieken het volgende overzicht.

	1980	1990
Autochtonen	14.091.000	14.893.000
Marokkanen	71.800	167.810
Turken	119.600	205.898
Surinamers	145.700	236.995
Antillianen	36.200	71.200
Vluchtelingen	20.000	24.000 *
Asielzoekers		72.808 *

Bron: CBS

* Het getal van 24.000 vluchtelingen is afkomstig van de Hoge Commissaris van de Vluchtelingen en gaat over 1988. Het aantal asielzoekers tussen 1977 en 1990, 72.808, is afkomstig van het ministerie van WVC. Een groot deel van die 72.808 heeft een status gekregen en moet dus tot de vluchtelingen gerekend worden. Beide opgaven in Rohlof (2001).

Tussen 1980 en 1990 zijn de migrantengroepen uit de voor Nederland 'klassieke' landen sterk toegenomen. Dat komt voornamelijk door geboorte, gezinshereniging en -vorming.

Er verschijnen meer publicaties over migranten in de GGZ. De term 'etnische bevolkingsgroepen', die nog gebruikt werd in het eerste themanummer van MGv *Ontheemd* (1981),

de progressieve vondst van toen, bleek niet levensvatbaar (Heerma van Vos, 1987, p753),

zo schrijft de hoofdredacteur in het voorwoord van MGv dat als titel *Migranten bij de RIAGG* heeft.

Migranten

Er zijn meer inhoudelijke verschillen in de beschrijving van de doelgroep tussen 1981 en 1987.

Het verhaal dat men toen wilde vertellen () legde de nadruk op het uitheemse, op de psychische cultuurgoederen uit het land van herkomst, en op de schok van de landverhuizing. Rond de 'minderheden' hing een soort sociologisch-therapeutisch elan, dat ook bij de vrouwenhulpverlening opgeld deed: als men maar voldoende diep inging

op cultuurverschillen, resp. rolpatronen, dan zou de collectieve verbetering automatisch volgen (ibid., p753).

In 1987 hebben de hulpverleners zelf

vooral behoefte aan praktijkervaringen, casuïstiek, en tips. Wie die wil verzamelen, is sneller klaar dan verwacht mocht worden. De practici die zich gericht bezig houden met geestelijke gezondheidszorg voor migranten zijn op twee handen te tellen. Het zijn er zeker geen tientallen; meepraten over 'De Buitenlander' blijkt toch gemakkelijker dan hulpverlenen aan een buitenlander (ibid., p753).

Het beeld van de migranten is dat zij een redelijk homogene groep vormen, die tussen twee culturen in leven. Limburg-Okken vraagt zich af of wij de migranten niet kunnen beschouwen als een groep mensen

die hun eigen grondgebied verlaten voor een andere wereld, waar zij een geheel nieuwe, authentieke migrantenkultuur ontwikkelen, bestaande uit elementen, die noch aan de oorspronkelijke cultuur, noch aan die van het gastland ontleend zijn. Mensen van wie gezegd wordt dat zij bij uitstek een antwoord moeten zien te vinden op verlies en doelstreven-stress, in een sfeer die bovendien door racisme gekleurd wordt (Limburg-Okken, 1987, p780)

Hier is sprake van een grote, homogene groep, de migranten, die allen in hetzelfde schuitje zitten en die we als het ware door een antropologische loep zouden kunnen analyseren.

3.5. Theoretische modellen

De theoretische modellen in de hulpverlening aan migranten gaan over

- de aard van de problemen van migranten;
- het onderscheid tussen somatiseren en psychologiseren;
- cultuurverschillen tussen cliënten en behandelaars, waarbij de antropologie een inzichtgevende rol kan spelen;
- de condición migrante waarin migranten terecht komen;
- maatschappijkritiek in de hulpverlening aan migranten
- aanpassingen die in de hulpverlening nodig zijn om migranten goed te helpen;
- overeenkomsten tussen allochtone en autochtone cliënten;
- gebrek aan enthousiasme bij hulpverleners

De theoretische modellen veronderstellen grote verschillen tussen migranten en autochtonen, zoals we zullen zien in het voorbeeld van somatiseren. De migranten zelf worden tot een homogene groep gemaakt, waarbij nu niet alleen naar de herkomst gekeken wordt maar ook naar de positie in Nederland, de zogenaamde condición migrante. Migrantengroepen als gehele groep zouden ook baat

hebben bij migrantentherapeuten. Dat idee zien we in de periode 2002-2009 weer terugkomen met de oprichting van categorale voorzieningen.

De aard van de problemen van migranten

Limburg-Okken schrijft als eerste in Nederland een proefschrift over migranten in de psychiatrie. Het werd geschreven vanuit een maatschappij kritisch perspectief, in een nieuwe spelling (kliënten in plaats van cliënten, cultuur in plaats van cultuur), dat we, bij het direct citeren uit het proefschrift, als symbolisch voor die periode ook zo zullen overnemen. Zij gebruikt voor de analyse van problemen van migranten onderzoek uit Duitsland, Frankrijk en België, waar wel eerder over migranten is gepubliceerd. Böker, (1977, in Limburg-Okken, 1989, p31), wijst op algemene stress factoren zoals sociaal isolement ten gevolge van taal- en cultuurverschillen, de psychische implicaties van een verhuizing van plattelandsgebieden naar stedelijke gebieden, de gewenning aan een ander klimaat en voedingsgewoonten, alsmede de scheiding van geboortegrond en familie. In andere publicaties komen meer specifieke stressoren naar voren, die te maken zouden hebben met veranderde rolpatronen, gezinsconstellaties en separatie in migrantengezinnen, waardoor mannen en vrouwen feitelijk alleenstaand worden. Limburg-Okken ziet in de West-Duitse literatuur over psychiatrische symptomen van Turkse arbeidsmigranten een verschuiving van denken in termen van depressies en somatoforme stoornissen naar stress-response syndromen, waarbij symptomen worden geïnterpreteerd als een reactievorm op stress. In de Franse en Belgische onderzoeken naar psychische ziekten onder migranten, wordt de groep ingedeeld als 'migrants Maghrébins' waarbij men verwijst naar mensen uit Marokko, Algerije en Tunesië. Over de klachten van migranten in Frankrijk en België, wordt het volgende gevonden:

Over verdriet wordt niet gesproken. Men is hoogstens kapot, boos, bang of bezeten. Psychotische klachten zijn polymorph van aard en de diagnostiek laat zich moeilijk rijmen met de gangbare classificatiesystemen. Neurotische klachten zijn zeldzaam en somatische klachten betreffen vaak het maag-darmsysteem. Behalve met somatische klachten, komen migranten met problemen op sociaal, administratief en juridisch gebied (Limburg-Okken, 1989, p41).

Een ander aspect dat in de literatuur over deze migranten gevonden wordt is angst. De angst wordt gekoppeld aan het verlies van controle en wanhoop, die een gevolg kan zijn van het isolement op cultureel, affectief en linguïstisch niveau.

In het zoeken naar de sociale stressfactoren, die voor wanhoop en angst verantwoordelijk zijn, komen dezelfde stressoren als in de onderzoeken naar Turkse migranten in Duitsland naar voren. Het gaat om

benarde huisvesting, ongezonde arbeidsomstandigheden, juridische onzekerheid, noodzakelijke wijzigingen in de oorspronkelijke rolpatronen, ambivalentie van enerzijds de gekoesterde terugkeerwens en anderzijds de wetenschap dat retourmigratie onhaalbaar is (ibid, p44).

In het bijzonder wordt door diverse auteurs gewezen op het seksuele en affectieve isolement van de eerste generatie migranten uit de Maghreb.

Het gemis van personen met wie intimiteit gedeeld kan worden, de gedwongen seksuele abstinentie, de diskriminatie door prostituées en de met gêne beladen kontakten met hen, alsmede de beschuldigingen, die men op seksueel gebied moet ondergaan (dierlijk, verkrachters, hyperseksueel), leiden onherroepelijk tot emotionele labiliteit en seksuele funktiestoornissen (met name thuis), die op hun beurt het begin kunnen zijn van een identiteitskrisis (ibid, p45).

In de beschrijving van de aard van problemen van migranten zien we verschillende stress factoren en reacties. Op de vraag of migranten somatiseren, die destijds opgeworpen wordt, zullen we nader ingaan.

Somatiseren en psychologiseren

Limburg-Okken vindt dat

psychologiseren en somatiseren twee authentieke, fundamenteel verschillende vormen van ziektebeleven zijn, gemodelleerd door twee verschillende culturen (ibid, p25).

Daarbij moeten, volgens Limburg-Okken, niet alleen de cultuur maar ook de basale levensomstandigheden in aanmerking worden genomen.

Wanneer het leven vooral in het teken staat van primaire overleving, is er wellicht noch tijd, noch een gepast vocabulaire om aan (het verwoorden van) psychische onvrede als zodanig toe te komen (ibid, p25).

In de Duitse, Franse en Belgische onderzoeken wordt vooral veel gevonden over somatiseren. Somatische klachten begeleiden vrijwel alle psychiatrische syndromen, in het algemeen, en ter verklaring voor de somatische klachten bij Marokkanen wordt een aantal items gegeven, zoals identiteit en geslacht, besnijdenis, maagdelijkheidsbehoud en aandacht voor het lichaam. De 'lichaamspreoccupatie' wordt nog versterkt door de nadruk op het lichaam van migranten als zij naar Europa komen. Zij worden getest op TBC, het lichaam is als het ware een technisch object dat in het arbeidsproces ingezet wordt.

Somatiseren kan dus evenveel zeggen over de maatschappij van de westerse hulpverlener als over cultureel bepaalde eigenschappen van Maghrebijnse migranten (ibid, p43)

De discussie over de vraag wie somatiseert en wie psychologiseert getuigt van een sterk homogeen denken over cultuurverschillen. Er lijkt een tegenstelling te worden opgeworpen, die westers en niet-westers tegenover elkaar stelt. Soms gaat het over een specifieke groep, bijv. de Marokkanen maar soms wordt de groep nog groter. Een groot deel van de wereldbevolking zou somatiseren.

Feitelijk kan men stellen dat driekwart van de wereldbevolking somatiseert. Dit stemt tot voorzichtigheid. Wie zijn wij, dat we het somatiseren dan nog opvatten als een stoornis, in plaats van als een kommunikatiestijl, die weliswaar ziekte kan verwoorden maar ook de gezonden ten dienste staat? De resterende één kwart van de bevolking psychologiseert. Psychologiseren, dat wil zeggen het middels woorden uiting geven aan de innerlijke emoties, komt voor bij hogere sociale klassen in het westen, gekoppeld aan een hoog opleidingsnivo en een zekere belezenheid in de moderne literatuur. Het gaat om een minderheidsgroep, die vooral de grote steden bewoont (ibid, p25).

De vraag is dan waarom mensen psychologiseren, waarom zij zover af zijn komen te staan van de normale lichaamssignalen. Limburg –Okken stelt de vraag of de transculturele psychiatrie daar geen onderzoek naar zou kunnen gaan doen.

Limburg-Okken voorziet dat er nog veel nieuwe inzichten op het terrein van GGZ en migranten zullen komen.

Europese therapeuten () bevinden zich in een overgangssituatie, onder andere tussen diagnostisch herkenbare ziektebeelden en vage, moeilijk te klassificeren syndromen, alsmede tussen vertrouwde therapeutische referentiekaders en nieuwe, ongebruikelijke behandelingsvormen. Wat betreft Marokkaanse en Turkse cliënten in de psychiatrie is er in feite sprake van een verhaal in afleveringen (ibid, p12).

Voor de diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden blijken er onvoldoende mogelijkheden voor een eenduidige diagnose en omdat

de bestaande nosologische typologie niet toereikend is, verrijkt men de psychiatrie met vele nieuwe benamingen van 'nieuwe ziektebeelden' (ibid., p47).

De diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden kan men, in algemene zin, naar drie categorieën onderscheiden: neurosen, depressies en psychotische stoornissen. Deze worden besproken voor de eerste en tweede generatie migranten, die in het onderzoek van Limburg-Okken opgenomen zijn.

Neurosen komen relatief weinig voor en men ziet dan vooral uitingen van vage, wisselende achterdocht en zelden uitingen van zelfbeschuldiging. Depressies komen wel veel voor en de onderzoekers uit Duitsland, Frankrijk en België, zijn het eens over het feit dat migranten uit de Maghreb vooral lijden aan gesomatiseerde depressies. Over psychotische stoornissen wordt dan juist weer heel weinig geschreven (ibid, p49).

Cultuurverschillen

Migranten zijn dragers van een andere cultuur en de antropologie als wetenschap lijkt de meest geschikte wetenschappelijke oriëntatie om die cultuur

of culturen te (leren) begrijpen. De titel van de bundel, die Lamers in 1987 publiceert heet dan ook *Hulpverlening aan migranten. De confrontatie van culturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Het boek komt voort uit de activiteiten van de werkgroep 'Ethnopsychiatrie', die in maart 1985 geïnstalleerd wordt door het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort. In dit ziekenhuis worden veel Amsterdammers opgenomen. De werkgroep onderzoekt de problemen in de psychiatrische behandeling van allochtonen,

welke in verband gebracht konden worden met culturele en etnische verschillen tussen deze groep patiënten en hun behandelaars (Lamers, 1987, p3).

Met behulp van antropologische inzichten wordt inzicht gegeven in de betekenis die ziekte kan hebben voor mensen met een andere dan de westerse culturele achtergrond.

In veel niet-westerse samenlevingen brengen mensen psychische (maar ook fysieke) stoornissen traditioneel in verband met een verstoring van het evenwicht tussen de patiënt en diens sociale omgeving. Zulke conflicten worden meestal in een bovennatuurlijk kader geïnterpreteerd (Heezen in Lamers, 1987, p15).

Heezen analyseert de verschillen in de manier waarop psychische problemen verklaard worden, door het model van de samenleving. Antropologen hanteren het begrip harmoniemodel voor de samenleving, waarin de nadruk wordt gelegd op het handhaven van de sociale cohesie en het begrip conflictmodel voor een samenleving, waarin belangentegenstellingen centraal staan. In het harmoniemodel is ziekte een sanctie tegen gebeurtenissen die de harmonie in gevaar brengen.

In westerse samenlevingen is de groeps- en familiegebondenheid afgenomen, alsmede de invloed van religie en magisch denken. Parallel aan deze veranderingen vinden er verschuivingen plaats in de verklaringen die aan psychische stoornissen worden gegeven. Vaker worden intrapsychische conflicten en natuurlijke oorzaken (o.a. hersenafwijkingen) verantwoordelijk gesteld. Bovengenoemde verschillen moeten niet te absoluut opgevat worden. Ook in het westen worden psychische stoornissen in verband gebracht met sociale c.q. relationele conflicten en niet alle magisch denken is verdwenen. In niet-westerse culturen is niet alle denken magisch en worden evenmin alle psychische stoornissen in verband gebracht met sociale conflicten (ibid., p16).

Bij de vergelijking van psychische stoornissen zoals die voorkomen in diverse culturen, zijn drie vragen van belang voor de klinische praktijk:

1. Waar liggen in de diverse culturen de grenzen van abnormaal en normaal gedrag?
2. In hoeverre zijn psychische stoornissen wereldwijd uniform dan wel variabel?
3. Welke overeenkomsten en welke verschillen bestaan er tussen westerse en niet-westerse behandelingen?

In de theoretische modellen wordt dus vooral aandacht besteed aan cultuur, die we terug vinden in de landen van herkomst, en die verklaringen biedt voor het

ontwikkelen van problemen als mensen in een andere samenleving terecht komen. De aandacht voor cultuur kan ook gebruikt worden om de abnormaliteit van bepaalde gedragingen ter discussie te stellen. Dat geldt in sterke mate voor het begrijpen van psychoses.

Condición migrante

Naast het benadrukken van de verschillen in cultuur tussen herkomstland en Nederland zien sommige auteurs dat migranten in een 'condición migrante' leven (Graafsma en Tieken, in Lamers, 1987).

Migratie is een onvermijdelijke ontworteling en brengt rouw en angst met zich mee. Zeker als die migratie abrupt geschiedt. Er zijn individuele verschillen in de manier waarop migranten de psychische arbeid, die bij het verwerken van rouw en omgaan met angst past, leveren. In de mogelijkheid die psychische arbeid te leveren, zijn hun omstandigheden ook van invloed. De reactie of ontvangst van de samenleving kan daarin zeer verschillend zijn en een negatief effect hebben op de verwerking. De combinatie van innerlijke factoren en maatschappelijke factoren schept de situatie waarin zo vele migranten zich min of meer voelen gedwongen te kiezen voor de condición migrante. Men hecht zich aan een 'permanent tijdelijk verblijf', waardoor tussenculturen ontstaan (Graafsma & Tieken, in Lamers, 1987, p31).

De consequenties van de condición migrante zijn verstrekkend:

er dreigt isolement en afbrokkeling van culturele waarden, ondanks conserveringspogingen. Er dreigt een depressieve grondstemming en vereenzaming, veelal gesomatiseerd vanwege een gebrek aan andere (verbale) uitingsmogelijkheden (ibid, p31).

En vooral:

men voelt zich innerlijk en sociaal onvrij (ibid, p31).

De situatie van discriminatie geeft bovendien erg veel angst en een tendens de eigen waarde en waardigheid voortdurend te moeten aantonen (ibid, p.31). Rouw en angst zijn de belangrijkste consequenties van migratie en migranten moeten die emoties verwerken.

Opvallend is de aandacht voor de maatschappelijke reactie op migranten, die in het overigens psycho-analytisch onderbouwde betoog naar voren komt. Ook al is het maatschappelijke klimaat voor migranten in 1987 nog mild in vergelijking met de periode na 2001, het is voor migranten moeilijk om hun

eigen waarde en waardigheid voortdurend aan te moeten tonen (ibid, p32).

Het is overigens in de bijdrage van Graafsma en Tieken niet duidelijk over welke groep(en) migranten zij spreken. Noch of zij onderlinge verschillen tussen groepen zien.

Maatschappij kritisch perspectief op hulpverlening aan migranten in de GGZ

Theoretische modellen, die de maatschappelijke context betrekken bij de analyse van psychische problemen van cliënten en in de behandeling ook rekening houden met de materiële omstandigheden van cliënten waren nog redelijk populair in de jaren zeventig en begin van de jaren tachtig (Kramer, 1999). In dit geval gaat het over een maatschappij kritisch perspectief op de positie van migranten. Limburg-Okken schrijft in het voorwoord:

De kranten staan er vol van. Migrantten worden op veel terreinen (wonen, werken, onderwijs) achtergesteld. In een tijd, waarin politieke maatregelen deze situatie eerder verscherpen dan verbeteren, lijkt het zinloos een boek te wijden aan psychiatrische hulpverlening voor buitenlandse cliënten met onder andere als doel de effecten van deze achterstelling op het psychisch functioneren te verlichten. Is het niet zinvoller deze inspanning te richten op maatschappelijke verandering? Dat is waar, en hulpverleners die met migrantten werken zullen deze gedachtegang wellicht herkennen uit eigen ervaring. Beide vormen van aandacht zijn echter nodig (Limburg-Okken, 1989, p5).

Onder beide vormen verstaat zij praktijkervaring en maatschappelijke verantwoordelijkheid. In de inleiding wordt het standpunt van Limburg-Okken (destijds) helder:

Hoewel het hier louter Marokkaanse en Turkse cliënten betreft, is de algemene titel gehandhaafd. Een belangrijk deel van het geschrevene gaat in feite op voor alle migrantten. De opvattingen over de hulpverlening aan allochtone cliënten zijn immers in de loop der jaren veranderd. Werd eerst de taalbarrière als belangrijkste punt van aandacht beschouwd, later werd aan kennis van kulturen prioriteit gegeven, terwijl tegenwoordig vooral inzet wordt bepleit voor de ontwikkeling van racism-awareness bij de hulpverlener, en voor inzicht in zogeheten gastland-factoren (ibid, p11).

Het proefschrift *Migrantten in de GGZ* van Limburg-Okken verschijnt in 1989. Het boek is een weerslag van het denken in die periode over migrantten en heeft waarschijnlijk ook veel hulpverleners beïnvloed. In het proefschrift staat de vraag centraal waarom de cliënten, die Limburg-Okken ziet, wel en andere niet in de psychiatrie terecht komen terwijl ze onder overeenkomstige omstandigheden leven. Het ligt dan voor de hand te kijken naar mogelijke aanpassingen in de zorg voor migrantten.

Aanpassingen in de zorg voor migranten

In de visie op adequate behandeling in de GGZ komt naar voren dat het zinvol is

rekening te houden met verschillen in wereldvisie, religieuze plichtsbetrachting, voedingsregels en bezoekgewoontes (ibid, p52).

De attitude van de hulpverlener is van belang en daarin valt op dat er een verandering in de tijd betreffende de visie op als noodzakelijk geachte eigenschappen van de 'migrantentherapeut' is opgetreden:

waar men voorheen meende dat de taal de voornaamste barrière voor de hulpverlening vormde, beweerde men later dat kennis van cultuurverschillen belangrijker was, dan het –bijvoorbeeld middels tolken of een eigen taalkursus- te overkomen linguïstische probleem. Ten slotte kwam men echter tot de konklusie dat taal- en cultuurhindernissen geheel overschaduw(d) (kunnen) worden door institutioneel en individueel racisme (ibid, p54).

De bespreking van migranten in de psychiatrie eindigt dan ook met een analyse van racisme en hulpverlening. Het gaat om

losmakingsprocessen die op gang moeten komen bij zowel zwarte als witte mensen, opdat we ons allen kunnen bevrijden van de effecten die racisme op ons heeft (ibid, p65).

Dit citaat is opmerkelijk omdat in de Nederlandse discussie over migrantenhulpverlening nauwelijks expliciet over racisme wordt gesproken. Daar zijn allerlei verklaringen voor te geven. Racisme is een gevoelig onderwerp, het wordt ervaren als een dreigend zwaard dat onrust zaait en zelfs verdeeldheid tot gevolg kan hebben. Limburg-Okken pleit wel voor het bespreekbaar maken van racisme in hulpverleningsrelaties. Eén van de argumenten daarvoor is de maatschappelijke verantwoordelijkheid die hulpverleners zouden hebben omdat zij niet alleen een behandelingsfunctie maar ook een signalerende taak hebben. Limburg-Okken haalt Gersons aan die stelt dat juist in de migrantenhulpverlening

de gekompliceerde verhouding tussen psychiatrie en samenleving (Gersons in Limburg-Okken, 1989, p67) zich toont.

Hier doelt zij op een aantal bestaanskenmerken die migranten delen:

Het behoren tot een minderheidsgroep, het afkomstig zijn uit een andere cultuur, het gedwongen worden tot de laagste sociale klasse, het gerekend worden tot een migrantengroep en het ondergaan van diskriminatie naar huidskleur. Voor witte Nederlandse cliënten kunnen een aantal van deze kenmerken eveneens opgaan, echter nooit alle vijf tegelijk. Bij zwarte cliënten bestaat in de hulpverlening het risico dat psychische decompensatie wordt geschoven op cultuurkenmerken,

schoolfobieën op leerachterstand en bijvoorbeeld drugsverslaving op tweede-generatieproblematiek; kortom dat structurele oorzaken over het hoofd worden gezien, gepsihologiseerd worden richting cliënt- en kultuurkenmerken. De psychiatrie versluiert dan maatschappelijke factoren en anderzijds doet het de cliënten evenmin recht om alle ondervonden stress op de samenleving te schuiven. Het gaat er om oprecht gesignaleerde structurele oorzaken van psychische stoornissen in de maatschappelijke dialoog in te brengen zoals kan gelden voor racisme (Limburg-Okken, 1989, p68).

In de visie op hulpverlening aan migranten, die Limburg-Okken presenteert, zien we dus dat hulpverleners een andere, aanvullende deskundigheid nodig hebben om met migranten te werken. Bovendien is het beeld over de problemen in de behandeling veranderd van taal- naar cultuurverschillen en tenslotte naar het analyseren van problemen als gevolg van racisme.

Niet alleen verschillen, ook overeenkomsten

Ook Wesenbeek (in Lamers, 1987) wijst op verschillen in de behandeling van allochtone cliënten in vergelijking tot autochtonen. Zij benadrukt echter de overeenkomsten. Verschillen zijn er op vier gebieden. De familie speelt vaak een bijzondere rol omdat het westers gezinsconcept ontoereikend is. Hier staat het concept van de 'nuclear family' (ouders met hun kinderen) tegenover dat van de 'extended family' (meer generaties en/of andere gezinsverbanden). Er zijn grote verschillen tussen etnische groepen onderling. Een bijkomend probleem voor gezinnen die gewend zijn aan de structuur van 'extended families' is de afwezigheid van belangrijke personen in Nederland. Het tweede thema is het inschatten van de aard en de ernst van de problematiek, dat door allerlei sociale beperkingen lastig kan zijn. Het derde thema, dat daar bij aansluit zijn de problemen bij de behandeling op grond van taalproblemen, het 'gemotiveerd zijn' en als vierde thema noemt zij de problemen met betrekking tot het zelf- en wij-inzicht. Dat verbindt zij met het concept van de ik- en wij-cultuur van Eppink (Wesenbeek in Lamers, 1987).

Tenslotte stelt Wesenbeek dat het vertoog over de allochtone patiënt en zijn familie gekenmerkt wordt door een dilemma tussen denken in termen van verschil dan wel overeenkomsten. Veel problemen van de allochtonen kenmerken zich eerder door het 'dubbelop' dan door het specifieke karakter zelf.

Het specifieke speelt ook een duidelijke rol bij de behandelaar zelf, het delen van taal en cultuur geeft iets vertrouwds, het biedt de behandelaar houvast bij analyse en interpretatie van problemen. Het onderkennen van en leren omgaan met deze basisonzekerheid en het leren zien en hanteren van de eigen culturele grenzen zijn ons inziens van fundamenteel belang in dit contact. Durven vragen, het ter discussie stellen van eigen opvattingen en het verdragen van kritiek, gecombineerd met het duidelijk kunnen aangeven van eigen mogelijkheden en beperkingen, zijn hiervoor noodzakelijke ingrediënten (Wesenbeek in Lamers, 1987, p126).

De focus verschuift van het benadrukken van bijzonderheden in de cliëntgroep naar specifieke elementen in de behandelaar. Wesenbeek pleit hier dus, net als

Lamers, voor reflectie van de hulpverlener op zijn of haar eigen onzekerheid en daar beter mee te leren omgaan. Maar willen hulpverleners wel leren omgaan met die onzekerheid?

Kritiek op gebrek aan enthousiasme van hulpverleners

Örücü, nog steeds in Lamers (1987) laat een kritisch geluid horen over het willen leren omgaan met verschillen. Hulpverleners zijn, volgens hem, niet erg enthousiast om hun werkwijze aan te passen. Örücü ziet mogelijkheden in de behandeling van hyperventilatie klachten bij Turken. Daarvoor moet echter wel aandacht besteed worden aan de aansluiting van hulpverleners op de cliënten. Hij noemt dat het 'Motivatie-Houdings-Verwachtingspatroon (MHV) van Turkse cliënten voor gedragstherapeutische behandeling. Hij denkt dat hulpverleners weinig enthousiast zijn om met motivatie en technieken ter bevordering van verwachtingen aan de slag te gaan omdat

zij de negatieve reacties van cliënten en verwijten over de GGZ en de Nederlandse samenleving toeschrijven aan het onrealistische en zeer negatieve beeld van de cliënt. De behandelaar kan heel gemakkelijk een tegenovergestelde houding aannemen en het probleem als socio-economisch en cultureel bestempelen zonder nadruk op individuele factoren met de hieraan verbonden consequenties (Örücü in Lamers, 1987, p190).

Örücü citeert Haley:

A therapist can attempt to deal with the social issue by going to extremes. He may define the problem as really a matter of misperception by the client and he may concern himself with the client's fantasies about his social situation. Such a narrow view no longer seems palatable. The therapist can go to the opposite extreme and define all problems as economic and cultural. But then he must become a revolutionary to solve each problem. Such an approach does not seem practical. Not only must the therapist have evidence that a revolution would create a society that would solve the problem, but furthermore, the client must wait in distress while the therapist organizes the revolution (ibid., p190).

Een behandelmethode, die aansluit op het theoretisch model van Örücü, wordt beschreven door Kortmann, Smilde en Venema: biofeedbacktraining (BFT), waarmee zij allochtone patiënten in een psychiatrische polikliniek behandelen. Biofeedback kan worden voorgesteld als een spiegel, waarin kwaliteiten van iemands lichamelijk functioneren zichtbaar worden gemaakt, bijvoorbeeld de spanning in de spieren. De methode bleek te helpen bij het overbruggen van de kloof tussen

Nederlandse behandelaars en buitenlanders, die vaak bestaat uit een verschil in opvattingen over ziekten en de behandeling ervan. De BFT biedt de mogelijkheid om het vertrouwen van de patiënt te winnen door

heel direct en lichaamsgericht op zijn klachten in te gaan. Voor algemene conclusies over resultaten die met BFT kunnen worden bereikt, is het te vroeg (Kortmann, Smilde en Venema, 1987, p820).

Voor alle bijdragen in de MGv van 1987, geldt dat men nog geen conclusies durft te trekken. *Migranten bij de RIAGG* ademt de geest van pionieren, ontdekken wat er anders is in de hulpverlening aan migranten en delen van ervaringen. In de theoretische modellen wordt het anders zijn van migranten versterkt door een antropologische benadering, die al snel leidt tot groepsverschillen. Daarin is aandacht voor sociale verschillen maar ook voor culturele verschillen, gebaseerd op manieren van samenleven, de extended families, en normen en waarden. De theoretische modellen sluiten nauw aan op de therapeutische praktijken.

3.6. Therapeutische praktijken

Er worden pogingen gedaan om de therapeutische praktijken zo in te richten, dat migranten zich erin herkennen. Dan gaat het over communicatie, toepassen van transculturele concepten en rekening houden met diversiteit in ontwikkelingslijnen.

Pionieren, struikelen en leren

De hulpverleners ervaren de hulpverlening zeker

wanneer je voor het eerst bezig gaat met Turkse en Marokkaanse cliënten als duidelijk 'anders'. Je struikelt voortdurend over kleine en grote zaken, die je zelf niet eens als klein of groot weet te benoemen. Op den duur worden cliënten steeds meer individu en steeds minder Turk of Marokkaan (Pannekeet e.a., 1987, p768).

In het RIAGG project dat we eerder hebben besproken bij het zorgsysteem (3.2.) blijkt dat hulpverleners nog erg zoeken naar kennis en vooral de Nederlandse collega's vragen stellen als:

Hoe zit dat met scheiden in Turkije? Mogen vaders hun vrouw en kinderen slaan? Langzaam groeide echter de kennis van zaken en daarmee de machteloosheid van de Nederlandse hulpverleners. Men begon te twijfelen aan zichzelf, wilde stoppen of ging radicale schijnoplossingen kiezen. Eén van de favoriete oplossingen is dan om een cliënt naar traditionele genezers in het land van herkomst te verwijzen. In de intervisie wordt dan gekeken waardoor men is vastgelopen (ibid, p758).

Meer kennis over de culturele achtergrond van migranten leidt dus (nog) niet tot meer zelfvertrouwen over de hulpverlener. Taal en communicatie zijn grote problemen in deze periode. Verder

blijken er allerlei normen en gewoonten mee te spelen. Nederlandse hulpverleners zijn gewend naar gevoelens te vragen. Daarmee vindt men

weinig aansluiting. Verder zijn er taboe-onderwerpen waarbij het effectiever is om ingeklede vragen te stellen. Tenslotte zijn er verschillen in gevoelswaarde van diverse woorden. De meeste cliënten melden zich aan met lichamelijke klachten, waarvan zij zelf de oorzaak toeschrijven aan structurele problemen als werkomstandigheden, huisvestingsproblemen, vreemdelingenwetgeving, discriminatie en hiaten in de gezondheidszorg. De meestal terechte aanwijzing van de structurele problemen als doorslaggevende factoren in het ontstaan van de ziekte, dient serieus genomen te worden (ibid, p760).

De aanwezigheid van hulpverleners, die dezelfde taal spreken, blijkt van groot belang voor het vergroten van de toegankelijkheid en de deskundigheidsbevordering. Zij

zitten met de hulpverlening aan deze groepen in een proces waarin zowel de hulpverleners –de Nederlandse en de buitenlandse- als de cliënten voortdurend veranderen. Als je nog zoekende bent, zoals wij in onze hulpverlening tot nu toe zijn, zul je zoveel mogelijk maatwerk moeten leveren. Het willen toepassen van welke vaste, bekende methodiek dan ook werkt in het begin als een meetlat, waaraan wordt afgelezen wat allemaal niet mogelijk is. En je moet geïnteresseerd zijn in wat wel mogelijk is (ibid, p768).

Therapeutische technieken

De interculturele verschillen in therapeutische technieken vloeien logisch voort uit de verschillen in ideeën over oorzaken en therapeutische doelen. Fulley Torrey, een Amerikaanse psychiater, vergeleek het gebruik van therapeutische technieken in westerse en niet-westerse samenlevingen. Hij concludeert dat, hoewel er cultureel bepaalde verschillen bestaan in de frequentie waarmee bepaalde technieken worden gebruikt, géén in het westen bestaande techniek elders afwezig is. Interculturele verschillen bestaan er in de wijze waarop de therapeut zich ten opzichte van de patiënt opstelt.

Niet-westerse genezers zoeken eerder zelf uit wat er aan de hand is, zonder al te veel te vragen. Misschien ook omdat zij de patiënt in de gemeenschap kennen (Heezen in Lamers, 1987, p21).

Klinische toepassingen van antropologische bevindingen zijn er voor de diagnostiek, de therapeutische behandeling en dan specifiek de doelen en rolverwachtingen. Voor de psychische hulpverlening aan immigranten kunnen antropologen aangeven hoe bepaalde gedragingen geïnterpreteerd moeten worden, op welke punten in de sociale relaties wrijvingen kunnen ontstaan en in welke richting oplossingen kunnen worden gezocht (ibid., p22).

We zien hier een sterke benadrukking van cultuurverschillen op grond van de samenleving waarin mensen zijn opgegroeid. Kennis over die samenleving zou gebruikt kunnen worden in de klinische praktijk, zonder daarbij de vraag te stellen of migratie het denken over psychische stoornissen en de behandeling ervan heeft beïnvloed. Een voorbeeld hiervan is de casus, die

Lamers (1987) beschrijft, van een Marokkaanse man, die pijn heeft als gevolg van migratie.

Stress van migratie kan vroeg in de kindertijd liggende traumata en conflicten reactiveren (Lamers, 1997, p97).

Het is mogelijk dat de setting, waarin een migrant behandeld wordt, in dit geval het psychiatrische ziekenhuis, ongunstig is en de patiënt in een aantal opzichten teveel isoleert. Het ziekenhuis staat te ver buiten de wijk en de afstand tot de ambulante zorg is te groot, de patiënt dreigt geïsoleerd te raken van zijn of haar familie en in het ziekenhuis zelf dreigt isolement vanwege cultuurverschillen met andere patiënten, discriminatie en taalproblemen. Lamers schrijft over de moeilijkheden die de behandelaar kan hebben met een allochtone patiënt, die bij binnenkomst vrij regelmatig

een wel even heftig als verwarrend beeld te zien geeft; paranoïde waangedachten, levendige visuele hallucinaties, bizar en soms agressief gedrag, dat geheel onvoorspelbaar lijkt te zijn (ibid, p98).

Tenslotte doet zich het probleem voor dat

behandelaars de neiging hebben te snel uit te gaan van het ook in psychiatrisch opzicht 'anders zijn' van de allochtone cliënt. Het risico hiervan is dat aan allochtonen een onheus probleem wordt toegeschreven, waarmee de behandelaar zichzelf buitenspel zet. Het kwalijke gevolg van een 'exotische' interpretatie van psychopathologie door de westerse behandelaar kan zijn dat de allochtone patiënt tevergeefs aanklopt aan de deur van de GGZ (ibid, p100).

Medisch- antropologische toepassingen

Lamers ziet mogelijkheden om de transculturele hulpverlening te verbeteren met het betrekken van de medische antropologie, met als voorbeelden Byron Good en Arthur Kleinman. Hij haalt bijvoorbeeld het onderscheid tussen 'disease' en 'illness' aan. Hij stelt dat

het van groot belang is de culturele belevingswereld van de patiënt en diens sociale netwerk in kaart te brengen (ibid, p102).

Dat geldt ook voor de verwachtingen ten aanzien van de behandeling en de behandelaar.

Men moet gewoonten, waarden en normen van de behandelaar zelf in de gaten houden (ibid, p102).

Die gaan over het psychologiseren van de behandelaar, dat men

zelfs kan zien als het belangrijkste handelsmerk van de GGZ in onze samenleving. Het is immers niet voor niets dat juist binnen de GGZ de psychotherapie het meest geprofessionaliseerd is en het meeste prestige heeft verworven (ibid, p103).

Vervolgens is het van belang

ik-versterking' niet teveel in eng-psychotherapeutische termen te definiëren maar ook in zijn samenhang te zien met bijvoorbeeld taalonderwijs, maatschappelijke oriëntatie en beroepsvorming (ibid, p103).

Een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van behandeling vormt het vermogen van de behandelaar tot empathie en begrip voor de problemen van de patiënt. In het door de werkgroep 'Ethnopsychiatrie' uitgevoerde onderzoek, bleek het

gebrek aan vermogen tot culturele empathie bij de behandelaar vrij groot te zijn. Veel van het falen dat helaas ook de klinische behandeling van allochtonen in belangrijke mate kenmerkt, kan hierdoor verklaard worden. De machteloosheid die dit ten gevolge heeft, wordt nogal eens getransformeerd tot gevoelens van ergernis ten aanzien van de allochtone patiënt en kan leiden tot terughoudendheid in het feitelijke contact, waarmee de basis is gelegd voor het construeren of in stand houden van stereotype ideeën of zelfs vooroordelen: Surinaamse patiënten reageren vaak met agressief gedrag en zijn moeilijk in staat tot het verbaliseren van gevoelens. Soms bestaat de neiging om de culturele factor bij een allochtone patiënt een groter gewicht te geven dan deze in werkelijkheid heeft. Soms wordt deze schromelijk onderschat maar meestal wordt ze niet voldoende geanalyseerd en expliciet gemaakt (ibid, p105).

In de therapeutische praktijken is het zoeken naar ervaringen, er zijn immers nog niet veel migranten in de GGZ. Zoals eerder besproken, was Limburg-Okken één van de eerste hulpverleners, die, sinds 1982, wel met migranten werkte, als psychiater bij de RIAGG Stad Utrecht. Zij zag voornamelijk Marokkaanse en Turkse cliënten. De Marokkaanse cliënten zijn in de meerderheid, 67% van de 268 in het onderzoek opgenomen cliënten. De problematiek van deze cliënten is dermate veelzijdig, dat brede kennis op psycho-sociaal terrein nodig is om deze cliënten te helpen. Opvallend is dat de meeste cliënten zich niet (zelf) direct voor hulp aanbieden.

Velen komen eerst na jaren, vaak naar aanleiding van een ongeval, een chirurgische ingreep of een of ander somato-trauma dat de druppel vormde, die de emmer deed overlopen. Er is dan sprake van een aanleiding die een chronische situatie van aanhoudende overbelasting en onverwerkte vernederende ervaringen, plotseling manifest doet worden (Limburg-Okken, 1989, p15).

Bij de meeste cliënten gaat het om depressieve reacties maar, volgens Limburg-Okken, is een zuivere diagnose vaak moeilijk te stellen. Zij ziet de mogelijkheid om transculturele concepten op migranten in de Nederlandse (of Europese) context toe te passen. Dat is nieuw want tot dan toe wordt transculturele psychiatrie in samenlevingen buiten het westen toegepast. Vervolgens geeft zij een overzicht van therapeutische ervaringen met Turkse cliënten. Het zijn twaalf punten, die gaan over het geven van symptoomverlichting, het aanpassen van de houding van terughoudendheid (die destructief kan uitwerken), het volgen van een integrale benadering, waarbij psychiatrische, medische, maatschappelijke en juridische ondersteuning wordt gecombineerd, het spreken van de Turkse taal, herkenning van vooroordelen en (eigen) neigingen tot discriminatie en het geven van praktische adviezen als voorwaarde om aan immateriële problematiek toe te komen (ibid, p38).

Onbegrip en verwarring

Dat er in de therapeutische modellen sprake is van botsende culturen wordt door Terpstra aan de orde gesteld. Terpstra denkt eerder in termen van onbegrip en verwarring. Terpstra (in Lamers, 1987) deed onderzoek naar Marokkaanse en Turkse jongeren in de hulpverlening. Het is één van de eerste onderzoeken naar interacties tussen hulpverleners en migranten waarbij zowel de cliënten, in dit geval Turkse en Marokkaanse jongeren, als hulpverleners gesproken zijn. De constatering is gebaseerd op interviews met 47 hulpverleners en 15 'hulpverleningsgevallen'. Terpstra weerlegt de

heersende opvatting over de tussengeneratie of de tweede generatie, die problemen zou hebben vanwege botsende culturen (Terpstra, in Lamers, 1987, p69).

Dat doet Terpstra door de theorie van Park & Stonequist aan te halen. Zij introduceerden het begrip 'marginal man' voor de problemen van migranten, die vanwege conflicterende culturen een 'divided self' ontwikkelen en een scala van pathologische stoornissen, variërend van psychiatrische aandoeningen tot delinquent gedrag. In empirisch onderzoek bleek echter geen steun voor deze veronderstelling en reeds in 1951 schreef Golovensky dat

het concept van de marginale mens een sociologische fictie is, gebaseerd op een stereotype (ibid, p70).

Terpstra gebruikt de ontkenning van de theorie om aan te tonen dat er verschillen zijn binnen de migrantengroep en dat er sprake is van verschillende ontwikkelingslijnen. Uit de interviews en analyse van dossiers, blijkt dat er op z'n minst drie ontwikkelingslijnen bij jeugdige migranten zijn:

- jongeren die behoorlijk geïntegreerd blijven in het Turkse of Marokkaanse familiepatroon;
- jongeren die in veel opzichten meer georiënteerd zijn op de Nederlandse samenleving;
- jongeren die de carrière hebben doorlopen van een zogenaamde randgroep-jongere (ibid., p72).

Voor de hulpverlening is het van belang dat met die diversiteit in ontwikkelingslijnen rekening wordt gehouden. Terpstra stelt dat bij het van huis weglopen door Turkse en Marokkaanse jongeren, snel contact met ouders gelegd moet worden. Turkse en Marokkaanse jongeren blijken een aantal opvattingen te hebben over de hulpverlening:

- Zij willen concrete, praktische en zichtbare hulp.
- De hulpverlener is een persoon, zij zien hem of haar niet in een rol als beroepsbeoefenaar.
- Hulpverlening zou niet specifiek maar diffuus moeten zijn.
- Hulpverlening is wederkerig, niet eenzijdig en het is een morele bezigheid.

Hulpverleners verschillen op al die punten van mening en de verschillen kunnen leiden tot onbegrip. Dat heeft ook gevolgen voor de opvattingen over problemen en bereikte effectiviteit van de hulpverlening. Veel jongeren wisten niet wat het doel van de hulpverlening was (ibid., p80).

Deze voorbeelden van interacties tussen hulpverleners en migrantencliënten, of opvattingen over die interacties, wijzen er op dat de migrant weliswaar een bijzonder geval is, een persoon met allerlei culturele kenmerken, die anders is dan de doorsnee Nederlandse cliënt, maar dat met een beetje, en soms iets meer, goede wil van de hulpverlener, de migrant in de reguliere zorg behandeld kan worden. In het voorwoord van MGv *Migranten bij de RIAGG's* (1987) is al genoemd dat het gaat om een kleine groep hulpverleners, die zich realiseren dat migranten een specifieke benadering vragen en zij investeren daarin. De toon van de bijdragen van auteurs in MGv, getuigt van ontdekken, een avontuur aangaan om de 'buitenlanders' beter te leren begrijpen. Er worden ook veel tips gegeven, al waarschuwt men voor een te snelle conclusie over werkwijzen, die men zelf nog maar net ontdekt heeft.

3.7. Praktijkervaringen

In de praktijkervaring met migranten, als maatschappelijk werker bij een Boddaert Centrum voor Oudere Jeugd in Amsterdam-Oost, zie ik een aantal thema's van de hulpverlening aan migranten terug in het werken met gezinnen. Het Boddaert Centrum, waar ik vanaf 1985 ging werken, had hetzelfde verzorgingsgebied, als waar het project van de RIAGG Amsterdam-Oost over gaat. Boddaert bood dagbehandeling aan jongeren en hun ouders. In 1985 liep Boddaert in de jeugdzorg voorop in het ontwikkelen van een multicultureel beleid en hulpverleningspraktijk. De terminologie moest nog wel verder ontwikkeld worden, we spraken destijds van een project voor Niet-Nederlandse Gezinnen terwijl dat feitelijk vaak Nederlandse gezinnen waren.

Ik kreeg te maken met gezinnen, waar ik qua achtergrond, etniciteit en cultuur weinig van af wist. Migratie geschiedenis van groepen in Nederland had ik nog wel mee gekregen op de middelbare school maar veel meer wist ik er niet van af. Ik geef een aantal voorbeelden qua achtergrond en problemen van deze gezinnen. Voor de meeste ervaringen geldt dat ik achteraf beter begrijp wat er toen speelde. Ik kon problemen rond migratie, cultuurverschillen, relatieproblemen, ouderschap en persoonlijke problematiek van ouders nog niet goed uit elkaar halen, laat staan behandelen. Het lukte wel om contact op te

bouwen, vertrouwen te winnen en gesprekken over de kinderen te voeren. Dat was ook de insteek van de dagbehandeling. Ondertussen werd het team geschoold en getraind in interculturele deskundigheid. Het was een periode van ontdekken, in een team dat multicultureel samengesteld was en waarin niemand de kennis in pacht had, noch de vaardigheden om intercultureel te communiceren.

Ik geef vier voorbeelden van gezinnen, waar problemen speelden, die ik exemplarisch vind voor deze periode. Als hulpverlener kreeg ik te maken met taalproblemen, verschillende verklaringen voor afwijkend gedrag, interculturele gezinsrelaties en de rol van extended families en migratie.

Taalproblemen

Taal speelde een belangrijke rol in het gezin Maniola², die voor hulp bij de problemen voor hun oudste zoon Antonio, bij Boddaert voor hulp aanklopten. Bij Antonio was sprake van ontwikkelingsproblemen, waardoor hij problemen had op school, zowel in het leren als in gepest worden door andere kinderen.

Het gezin Maniola bestond uit een in Italië geboren vader en een in Amsterdam geboren moeder, die elkaar op vakantie in Italië hadden leren kennen. Hun oudste zoon, Antonio, maakte op een vreemde manier contact en viel daardoor in het voortgezet onderwijs meer op dan op de basisschool. Ik had gesprekken met ouders thuis, waarin opviel dat ouders onderling niet goed communiceerden vanwege de taal barrière. Moeder sprak wel een beetje Italiaans en vader een beetje Nederlands maar elkaar echt goed begrijpen lukte niet. Ook het goed begrijpen van de ontwikkelingsbijzonderheden en de informatie van school daarover, lukte vader maar ten dele. Relatieproblemen tussen ouders waren het gevolg. In de gesprekken richtte ik me het meest op de moeder en wist me niet zoveel raad met het onbegrip van vader. Ik kwam toen nog niet op het idee een tolk in te schakelen.

De huisbezoeken, die ik als maatschappelijk werker bij ieder gezin veelvuldig bracht, gaven eigenlijk nog de meeste informatie. Vaak duurden die gesprekken lang. Ik ging als beide ouders thuis waren en dat was meestal 's avonds. De moeder van Antonio begreep steeds beter wat er met haar zoon aan de hand was maar taalproblemen belemmerden de communicatie met de vader van Antonio. Antonio werd steeds meer een 'moederskindje' en de vader van Antonio kreeg een minder sterk contact met hem.

Verskillende verklaringen

In het gezin Langeboom kwam ik een ander fenomeen in de interculturele zorg tegen: verschillende verklaringen voor het gedrag van zoon Glenn brachten me met het gezin in contact met een Bonuman.

² Alle namen van cliënten zijn gefingeerd

Het gezin Langeboom bestond uit een Surinaamse, alleenstaande moeder met drie kinderen, waarvan de oudste jongen, Glenn, de daghulp bezocht. Moeder was doof en wantrouwend. Glenn moest haar helpen als zij ergens heen wilde en moest ook zijn broertje en zusje in de gaten houden want moeder overzag dat niet helemaal. Hij trok zich steeds meer terug en zweeg als zijn moeder iets vroeg. Dit leverde bittere strijd op want moeder was afhankelijk van hem in het begrijpen van wat anderen gezegd hadden. Moeder werd daardoor steeds meer geïsoleerd. Na enig onderzoek, bleek moeder hulp te kunnen krijgen van een instelling voor doven. Zowel praktische hulpmiddelen als een lichtgevende deurbel en telefoon als les in gebarentaal en onderling contact met andere doven, hielpen haar weer meer zelfvertrouwen te krijgen. Glenn had het bij Boddaert naar z'n zin maar sprak thuis nog steeds niet. Moeder dacht dat hier sprake was van winti en vroeg me te zoeken naar een bonuman, die een reading en healing kon doen. Ik ging maar al te graag in op dit verzoek, nieuwsgierig als ik geworden was naar exotische verklaringen voor ziekte en alternatieve genezingen. Op een informatie avond had ik een bonuman ontmoet en met Glenn en zijn moeder gingen we daar heen. De bereidheid van Glenn om hier aan mee te werken, verbaasde mij. Ik begreep zijn zwijgen heel anders dan zijn moeder en dacht dat hij dit vooral uit verzet deed. Bij de bonuman bleek de teleurstelling van de vader van Glenn over het verlies van contact met zijn zoon een rol te spelen. Maar dit zeg ik in mijn woorden, letterlijk zag de bonuman een mes, dat op de borst van Glenn lag en hem als het ware bedreigde zich te bewegen. De beschrijving van het mes wees in de richting van de familie van vader. Met enige aanvulling kwam het verhaal op de teleurstelling van de vader van Glenn. Glenn leek meer ontspannen met zijn moeder om te gaan na dit bezoek, al bleek herstellen van contact met z'n vader moeilijk.

In dit gezin kwam ik een aantal interculturele thema's tegen. Alleenstaand ouderschap, in de Surinaamse gemeenschap niet ongebruikelijk en een stijl van opvoeden, waarin kinderen al jong zelfstandig gemaakt worden en hun ouders behulpzaam moeten zijn. Ook het omgaan met winti of andere alternatieve, al dan niet religieuze verklaringen van afwijkend gedrag, vroegen om een aanpassing en reflectie daarop. Het serieus nemen van de visie van een bonuman of een andere autoriteit voor het gezin, is goed in te passen in de hulpverlening. Actief samenwerken met iemand, de bonuman, wiens visie en werkwijze ik eigenlijk niet kon volgen, riep wel vragen op. Het gaat dan vooral om de mate van contact en afstemming met andere behandelaars.

Interculturele gezinsrelaties

Interculturele relaties, in dit geval van een moeder en haar partner, riepen de vraag op hoe je de 'buitenlandse' partner kunt betrekken bij de hulpverlening. Dat de moeder van Fatiha uitsluitend 'buitenlandse mannen' als partner koos was een doorn in het oog van haar moeder. In de problemen van dochter Fatiha en moeder speelde deze partnerkeuze eigenlijk geen rol maar toen moeder en haar partner een baby kregen, bleef vader te veel buiten beeld.

Fatiha, een dertienjarig meisje, woonde alleen met haar in Alkmaar geboren moeder in Amsterdam West. Op geen enkele school hield zij het langer dan enkele maanden uit en nu zat zij in Amsterdam-Oost op een Mavo, waar individueel onderwijs gegeven werd. Vandaar dat zij ons centrum bezocht. Ik ging elke week op huisbezoek bij haar moeder. En ik had regelmatig contact met oma, die in Alkmaar woonde en zich ernstige zorgen maakte over haar dochter en kleindochter. Fatiha was het kind van een Algerijnse man, met wie moeder een korte relatie had gehad. Op dit moment was er ook een Noord-Afrikaanse partner, Murat, volgens oma alleen om een verblijfsvergunning te regelen maar voor de moeder van Fatiha was hij haar ware liefde. Moeder en dochter hadden veel ruzie omdat moeder Fatiha beschuldigde van verleidend gedrag ten opzichte van haar partner, die daar overigens weinig gevoelig voor leek. Moeder werd opnieuw zwanger en raakte in de war. De herinneringen aan de eerste periode met Fatiha, toen ze in de steek werd gelaten door haar partner en de zorg voor dit kind niet aan kon, kwamen terug. Zij werd bang en verwaarloosde zichzelf steeds meer. Er waren eerder al opnames geweest in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort en als we via Fatiha hoorden dat het thuis erg slecht ging, kwam er een psychiater thuis om te kijken hoe het ging. De verwarring nam toe en het baby'tje werd geboren zonder dat moeder er erg in had gehad dat ze weeën had. Zij verloor het kind min of meer op het toilet maar het kind bleef wel leven. Door de Raad voor de Kinderbescherming werd het kind uit huis gehaald en het baby'tje overleed enkele weken later aan wiegedood. Moeder en Murat waren ontroostbaar. Pas op de begrafenis werd goed duidelijk hoeveel verdriet Murat had over het verlies van zijn zoontje. Hij verliet de moeder van Fatiha een maand later. Moeder raakte daarna in een psychose, werd opgenomen in een psychiatrische instelling en Fatiha verhuisde naar Oma. Ik heb moeder nog enkele keren opgezocht in de instelling, waar zij zwaar versuft van de medicijnen rondliep.

In dit gezin stond de psychiatrische problematiek van de moeder van Fatiha centraal. Dat haar partners migranten waren, maakte voor de hulpverlening eigenlijk niet uit. Fatiha had te maken met een 'gekke moeder' en zij zette zich daar soms erg tegen af. Pas toen het baby'tje geboren was en overleed, kwam ook Murat meer in beeld. Ik heb hem niet goed leren kennen. We hebben deze partner van de moeder van Fatiha niet voldoende erkend. Oma praatte altijd negatief over de partners van haar dochter, die zonder uitzondering 'buitenlanders' waren geweest. Wij, als hulpverleners, zagen Murat ook vooral als gebruiker van een vrouw, die vaak in de war en mogelijk ook zwakbegaafd was, om een verblijfsvergunning te krijgen. We hebben dit beeld echter niet voldoende getoetst en wisten niet goed hoe deze man te benaderen.

Extended families en migratie

In het laatste voorbeeld, dat exemplarisch is voor de ervaringen van hulpverleners in de periode 1983-1991 gaat het over een Surinaams-Hindoestaans gezin. Moeder kwam uit een welgestelde familie en toen zij haar huidige man leerde kennen, was haar familie tegen deze partnerkeuze omdat zijn afkomst weliswaar niet slecht maar toch niet goed genoeg was. In Suriname

startten zij een tankstation, waar zij goed mee konden verdienen. Migratie naar Nederland had vooral economische motieven naast de ruimere mogelijkheid van onderwijs voor hun kinderen. In Nederland kregen de ouders steeds meer ruzie waarbij geweld niet geschuwd werd. Voor de familie in Suriname moest verborgen blijven dat vader problemen had. Moeder zou alleen maar hoon kunnen verwachten, haar familie had haar toch gewaarschuwd tegen deze man? De invloed van de extended family, die in Suriname was gebleven, maakte het moeilijk in Nederland een oplossing te vinden voor de relatieproblemen.

In het gezin Raffa was altijd ruzie. Vanwege schoolproblemen kwam de vijftienjarige zoon, Alwin, van Hindoestaanse ouders op het dagcentrum. Hij werd door zijn moeder vaak meegenomen naar haar werk, een eigen bedrijfje in de catering. Ook vader had een eigen bedrijf, een belwinkel maar dat bedrijf liep niet goed omdat, zo zei moeder, vader teveel dronk. Dat was een groot probleem in dit gezin en aanleiding tot menige ruzie. Moeder verachtte de vader van Alwin vanwege het alcoholgebruik maar ook vanwege zijn mislukking als ondernemer. Zij maakte daarover voortdurend diskwalificerende opmerkingen, die hem tot woede en mishandeling dreven. Regelmatig verscheen moeder geheel overstuurd op het dagcentrum om te huilen en te schreeuwen over het gedrag van haar man. Hij trok zijn echtgenote het haar uit haar hoofd en sloeg haar. Bij hem weggaan of aangifte doen waren geen optie voor mevr. Raffa. Zij had hem gekozen tegen de zin van haar familie in Suriname en samen hadden ze in Suriname een goed lopend bedrijf gehad, een benzine pomp annex garage. Zij kon haar familie niet inlichten over het wangedrag van haar man omdat ze haar dan zouden voorhouden dat zij dit toch zelf had gewild. Hij kon niet verdragen dat zijn vrouw hier meer succes had dan hij. Ik was op huisbezoek vaak getuige van de heftige strijd. Zelfs in mijn aanwezigheid vlogen flessen en asbakken door de kamer. Ik voelde me machteloos bij zoveel geweld en richtte me op de veiligheid van de kinderen, behalve Alwin waren er nog vier jongere kinderen. Uiteindelijk pleegde vader zelfmoord, in huis, door zich in de gang op te hangen. Moeder trok zich toen zelf de haren uit het hoofd en leed, ook voor de ogen van de familie. Toen de ergste schok verwerkt was, ging het in het gezin beter, er kwam meer rust en Alwin deed op school beter z'n best.

Ik raakte door deze en vele andere ervaringen met gezinnen steeds meer vertrouwd met cultuurverschillen. De gevolgen van migratie, ideeën over opvoeding en relaties, interculturele huwelijken en de rol van familieleden op wat vaak het 'kerngezin' wordt genoemd, de maatschappelijke positie van migranten en de verwachtingen van ouders van hun kinderen in het onderwijs. Ik bleef tot 1990 werken in Amsterdam.

3.8. Samenvatting

Nederland erkent in de Minderhedennota van 1983 dat het een immigratieland geworden is. De achterstand en achterstelling van migranten moet met een pluralistisch beleid weg gewerkt worden maar de oprichting van categorale zorginstellingen voor migranten, gaat de regering te ver.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg neemt in deze periode veel meer cliënten voor haar rekening dan de intramurale sector, die overigens ook nog steeds licht groeit. In de Randstad worden aparte projecten binnen de RIAGG's opgezet voor migranten. Op die plekken neemt het zorggebruik door migranten van de GGZ toe. Op andere plaatsen ontbreekt het aan cijfers en een gevoel van urgentie om de zorg voor migranten tegen het licht te houden en te verbeteren.

In de periode 1983-1993 gaat het vertoog van hulpverleners in de GGZ over migranten en hun etnische en culturele verschillen ten opzichte van de autochtone bevolking. De culturele kenmerken in de achtergrond van migranten worden overbelicht. Migrant worden gezien als mensen, die te maken hebben met achterstelling, discriminatie en racisme. Het beeld van de migrant is nu een beeld dat laat zien dat mensen tussen twee culturen in leven. Zij doen niet langer uitsluitend hun best om hun eigen cultuur te behouden maar zij hebben nu ook te maken met teleurstellingen over de mogelijkheden in Nederland. Bovendien blijkt racisme een rol te spelen, waardoor de sociale stress factoren in een schel licht komen te staan. Zij verkeren maatschappelijk gezien in een moeilijke en ongelijke positie en zij hebben specifieke problemen, door Limburg-Okken, in navolging van Six, Örüçü en Botros (1981) het verlies in doelstreven-stress genoemd. Migrant komen uit een niet-westerse cultuur waarin de opvatting heerst dat psychische problemen veroorzaakt zouden worden door het verstoren van de balans met de sociale omgeving. Problemen zouden niet gemakkelijk besproken worden maar eerder somatisch geuit en het kost de hulpverleners moeite om de aansluiting te vinden.

De publicaties van Lamers en Limburg-Okken en de themanummers van MGv getuigen van een sfeer van ontdekken. De auteurs realiseren zich dat dit nog maar het begin is van een proces, waar nog andere inzichten aan toegevoegd gaan worden. Zij schromen zelf-kritiek dan ook niet. Het falen van de hulpverlening aan migranten wordt toegeschreven aan de ondeskundigheid van de hulpverleners en aan het gebrek aan empathie met deze nieuwe doelgroep.

De antropologische inzichten over cultuur en gezondheid kunnen de hulpverleners helpen theoretische modellen te ontwikkelen voor interculturele zorg. Er wordt nu niet meer alleen gekeken naar de verschillen tussen de culturen van migranten herkomst landen en Nederland maar men realiseert zich dat migranten in een condición migrante leven. Het tijdelijke verblijf is permanent tijdelijk geworden en daardoor ontstaan 'tussenculturen'. Er wordt een groot onderscheid gemaakt tussen 'Nederlanders van de koude grond' en migranten. De migranten worden als een homogene groep gepresenteerd.

Transculturele hulpverlening moet gebaseerd zijn op de visie dat het zinvol is rekening te houden met verschillen in wereldvisie, religieuze plichtsbetrachting, voedingsregels en bezoekgewoontes. Men krijgt het idee van de migrantentherapeut, die niet alleen met taalverschillen om kan gaan, maar in zijn of haar attitude cultuurverschillen respecteert en overbrugt. De

migrantenhulpverleners zijn specifieke types die niet altijd waardering krijgen voor hun werk. Collega hulpverleners vragen zich soms hardop af of hulpverlening aan migranten eigenlijk wel voldoet aan professionele criteria en niet veel meer is dan op huisbezoek gaan en thee drinken. De groep hulpverleners, die zich met migranten bezig houdt, is (nog) klein en zij pleiten voor deskundigheidsbevordering van hun collega's zodat ook zij beter kunnen aansluiten bij de culturele achtergrond van migranten.

De nadruk op cultuurverschillen wordt kritisch bekeken en er volgt een waarschuwing: het kwalijke gevolg van een exotische interpretatie van psychopathologie door de westerse behandelaar kan zijn dat de allochtone patiënt tevergeefs aanklopt aan de deur van de GGZ.

In de GGZ wordt op verschillende manieren geprobeerd de effecten van maatschappelijke achterstelling op het psychisch functioneren te verlichten met oog voor de maatschappelijke verantwoordelijkheid van hulpverleners. Zij kunnen hun vooringenomen ideeën toetsen in antiracisme trainingen. Behandelaars discussiëren over somatiseren en andere cultuurverschillen maar men waarschuwt ook voor het te groot maken van verschillen. Misschien is er eerder sprake van meer problemen tegelijkertijd dan van wezenlijk andere problemen. Er wordt gewezen op het gebrek aan enthousiasme van hulpverleners om andere behandelmogelijkheden toe te passen. Men denkt dat migrantenhulpverleners de kloof met migrantencliënten kunnen slechten en kennis over migratie belangrijker is dan kennis over culturen.

Het verschil tussen kennis over migratie en kennis over culturen wordt samengevat door Sieval (1987), psychiater, die gebruik maakt van een systeemvisie om met Turkse en Marokkaanse cliënten te werken. Aan de hand van casuïstiek laat zij zien dat

de achterliggende problematiek met de geïdentificeerde patiënt als manifestatie, alleen te begrijpen is met behulp van 'migratiekennis', hetgeen iets geheel anders is dan 'cultuurkennis'. Het is niet meer zo relevant te weten wat bepaalde cultuuridealen in het land van herkomst waren of zijn, maar wel hoe hiermee specifiek in de migratiesituatie wordt omgegaan en welke betekenis en lading de migratiesituatie eraan geeft. De migratie heeft veel Turkse en Marokkaanse gezinnen gemaakt tot een nieuwe categorie 'multi-problem families' en dit is vooral een sociologisch fenomeen (Sieval, 1987, p805).

Hulpverleners zijn kritisch over zichzelf maar staan open voor veranderingen. De toon is optimistisch, er valt veel te leren.

Hoofdstuk 4 De periode 1993 – 2002

4.0. Inleiding

De markering van het begin van deze periode is geen duidelijk moment. Kenmerkend voor de periode 1993 – 2002 is de aandacht voor asielzoekers en vluchtelingen. In deze periode wordt in de zorg nog een sterk onderscheid gemaakt tussen migranten en vluchtelingen. De aantallen asielzoekers, die per jaar binnen komen, zijn geleidelijk gestegen. In deze periode worden maar liefst twee Vreemdelingenwetten aangenomen. De eerste, in 1994, wordt in 2000 vervangen omdat het niet de gewenste oplossingen heeft gebracht. De procedures voor het aanvragen en verkrijgen van asiel duren te lang, de opvang van asielzoekers is ‘verstoep’ geraakt, waardoor veel meer asielzoekers in een tijdelijke situatie bivakkeren.

In de voorgaande jaren is de groep migranten ook groter geworden, nu niet meer vanwege arbeidsmigratie maar vanwege volgmigratie en gezinsvorming.

We zullen het beleid ten aanzien van migranten en vluchtelingen evalueren aan de hand van de tekst van Penninx uit 1996 en de commissie Blok in 2004. In het beleid komt steeds meer nadruk te liggen op integratie, een tendens, die Penninx al in 1996 en Schnabel opnieuw in 2000 onder de aandacht brengt. We zullen nagaan wat dit betekent voor het beleid ten aanzien van migranten en de zorg.

In het zorgsysteem zien we de toegenomen aandacht voor ‘managed care’ en een proces naar steeds meer marktwerking, dat effecten heeft op de hulpverlening aan migranten. Specifieke voorzieningen of projecten voor asielzoekers geven een impuls aan interculturalisatie.

Voor het zorggebruik zijn nu meer bronnen beschikbaar, ook over het zorggebruik van migranten en vluchtelingen in zowel de ambulante, semiresidentiële als residentiële zorg. We zullen ook stil staan bij de onderlinge verschillen in de doelgroep, bijv. in het zorggebruik van mannen en vrouwen.

Voor de beschrijving van de constructie van de doelgroep maken we vooral gebruik van een aantal, om uiteenlopende redenen, toonaangevende teksten:

- van Dijk (1996) Gedwongen migratie: kern van het vluchtelingenbestaan
- Hosper e.a. (1999) Allochtone cliënten in de ambulante GGZ

Er zijn nu veel meer bronnen beschikbaar voor het analyseren van de theoretische modellen. Interculturalisatie komt in deze periode echt op dreef. In 1993 vindt het eerste congres plaats van een reeks, die tot 2003 zou lopen onder de titel *Culturen binnen Psychiatriemuren*. De verslagen van deze symposia vormen een belangrijke bron voor de beschrijving van het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ. De verslagen geven persoonlijke ervaringen, onderzoek, theorie en praktijk weer. Ook al suggereert de titel dat de nadruk op intramurale GGZ zou liggen, veel bijdragen bespreken ook ambulante hulpverleningsprocessen met migranten.

Verder maken we gebruik van twee themanummers van het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid, uit 1999 en 2002. Dat deze periode van grote

betekenis is geweest blijkt uit de verschillende toon. Het is een verschuiving van interesse in culturele achtergronden naar het problematiseren van culturele aspecten in maatschappelijke problemen.

In 1995 sluit het congres *Culturen binnen Psychiatriemuren* af met een oproep aan de Nederlandse overheid, de beleidmakers en de onderwijsinstellingen om hun verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van de toekomst van Nederland als een multiculturele samenleving en hun beleid af te stemmen op de noodzaak de toekomstige beroepsbeoefenaren daarop voor te bereiden in theorie en praktijk. Tevens wordt geconstateerd dat de meeste beroepsopleidingen nog te weinig rekening houden met de invloed van cultuur, migratie en huidskleur op de geestelijke volksgezondheid. Een dergelijke oproep zou op veel congressen in enigerlei vorm nog vaak herhaald worden.

Voor de beschrijving van therapeutische praktijken, gebaseerd op directe interacties tussen hulpverleners, migranten en vluchtelingen zijn nu ook meer bronnen beschikbaar. Het zijn reflecties van hulpverleners op de primaire processen, soms aangevuld met interviews met migranten- of vluchtelingen cliënten.

Na een aantal jaren waarin ik in de praktijk weinig migranten of vluchtelingen tegenkwam omdat ik als gezinsbegeleider op een Medisch Kleuter Dagverblijf in Gouda ging werken, kom ik hen weer tegen in mijn rol als coördinator van het vluchtelingenteam voor kinderen en later bij Bureau Jeugdzorg. Deze ervaringen reflecteren de complexe problematiek van vluchtelingengezinnen en de indrukwekkende veerkracht, die sommige jongeren laten zien.

Het einde van de periode wordt gemarkeerd door de afname van het draagvlak voor interculturalisatie na de aanslagen op de Twin Towers, de opkomst van Fortuyn en de moorden op hem en van Gogh. In 2002 eindigt het ministerschap van mevr. Borst, onder wiens bestuur interculturalisatie door de overheid gestimuleerd werd. In het overheidsbeleid en in het maatschappelijk klimaat komt de nadruk steeds meer op aanpassing van migranten en vluchtelingen te liggen. Die tendens zal zich na 2002 verder voort gaan zetten.

4.1. Overheidsbeleid

Het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie in deze periode wordt gedomineerd door het vraagstuk van de asielzoekers. Op het gebied van integratie van migranten klinkt een steeds dwingender toon om migranten zich te laten aanpassen. Dat is zeker het geval in de periode voor de verkiezingen van 2002, de opkomst van Fortuyn.

Asielbeleid

Het asielbeleid wordt steeds scherper en meer restrictief. Een 'hoofdpijndossier' wordt het genoemd, als er weer een nieuwe staatssecretaris van Justitie wordt gezocht. In 1994 wordt een nieuwe Vreemdelingenwet aangenomen, ter vervanging van de wet uit 1965,

die hopeloos gedateerd was (Geuijen in Grotenhuis, 2003, p.18). Ze was geschreven voor honderdtallen en moest aangepast worden voor tienduizenden.

Vanaf halverwege de jaren '80 komen behoorlijke aantallen asielzoekers op eigen gelegenheid naar Nederland: Tamils uit Sri Lanka, Ethiopiërs en Eritreërs, Somaliërs, mensen uit Iran, Irak en Afghanistan. In 1992 en 1993 komen een zeer groot aantal vluchtelingen uit het voormalige Joegoslavië en in 1999 veel Kosovaren. Vanaf het midden van de jaren '80 werd de wens de 'instroom' van asielzoekers te beperken in wisselende toonzetting geuit (Geuijen, 2004).

De herziening van de Vreemdelingenwet behelst een aantal belangrijke veranderingen op het terrein van asiel. Er wordt een eerste screening in het Aanmeldcentrum ingevoerd om niet-ontvankelijke en kennelijk ongegronde asielvragen eruit te halen en asielzoekers sneller uit te zetten. Er worden minder verschillende procedures afgekondigd. De voorlopige vergunning tot verblijf (vvtv) wordt ingevoerd, voor mensen die voorheen gedoogd werden. De doelstellingen van de Vreemdelingenwet worden echter niet gehaald, de procedures blijven lang. Er wordt dan ook snel weer gewerkt aan een nieuwe Vreemdelingenwet, die van 2000, met als belangrijkste kenmerken:

- afschaffing van verschillende verblijfstitels;
- invoering besluitmoratorium;
- afschaffing van de bezwaarfase;
- herstel van het hoger beroep.

De in 2000 ingevoerde Vreemdelingenwet heeft als doelen een eenvoudiger systeem met kortere procedures, minder verschillende soorten statussen en meer duidelijkheid over rechten en plichten. Verder beoogt de wet dat mensen hier niet jarenlang op een tijdelijke status verblijven. Het kernwoord in deze wet is 'volgtijdelijk systeem'. Iemand die zich hier wil vestigen, kan eerst proberen in aanmerking te komen voor een vergunning voor bepaalde tijd, op basis van asiel, werk of gezin. Pas na verloop van tijd kan een tijdelijke vergunning omgezet worden in een permanente status; tenzij inmiddels de omstandigheden in het land van herkomst gewijzigd zijn.

De wet van 2000 komt tot stand onder het staatssecretariaat van Cohen. Ook in het paarse kabinet was het asielbeleid dus al restrictiever geworden. De uitvoering van de wet, vanaf 2002 door minister Verdonk, stuit op meer publieke weerstand. Met name het deel, dat wel het sluitstuk van de asielwet wordt genoemd, het uitzettingsbeleid, krijgt veel aandacht. Er wordt in de uitvoering van de wet ook meer aandacht besteed aan de terugkeer van uitgeprocedeerde asielzoekers. We zullen op de resultaten daarvan in hoofdstuk 5 terugkomen.

Minderhedenbeleid

In hoofdstuk twee en drie hebben we al de bevindingen van de commissie Blok over het integratiebeleid van die periodes besproken. Het in de jaren negentig gevoerde beleid werd getypeerd als integratiebeleid, vooral op economisch terrein. In 1994 presenteert het ministerie van WVC de minderhedennota 'Investeren in integreren'. In deze nota worden vier beleidsprogramma's gepresenteerd, gericht op:

- nieuwkomers: vanaf 1996 moet er een sluitend systeem zijn met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten;
- 0–18 jarigen: er is een aantal programma's beschikbaar om hun onderwijskansen te vergroten, zoals het Onderwijs Voorrangsbbeleid, Opstap en de verlengde schooldag. De emancipatie van moeders is hierbij eveneens betrokken;
- de multiculturele samenleving: bijdragen van steunfuncties en zelforganisaties in het streven naar sociale cohesie in de samenleving als geheel;
- organisaties van en voor minderheden; kwaliteitsverbetering en decentralisatie.

Het accent ligt in de nota wederom op burgerschap en op integratie van leden van minderheidsgroepen in de samenleving, waarin werk en onderwijs de belangrijkste zijn. In de nota worden verschillende problemen gesignaleerd:

- het hoge immigratieoverschot. Dat kan verschillende negatieve gevolgen hebben, onder andere voor het maatschappelijk draagvlak voor integratie;
- de hoge instroom van laagopgeleide immigranten voor wie geen werk is;
- een ongelijke spreiding van etnische minderheden over Nederland, waardoor gettovorming kan optreden.

Nieuwkomers en jongeren van genoemde doelgroepen in (middel)grote steden krijgen extra aandacht. In 1996 moeten alle gemeenten een sluitend systeem hebben zodat alle nieuwkomers, zo mogelijk via één loket, daadwerkelijk kunnen deelnemen aan inburgeringprogramma's (Blok, 2004, p42).

Aanleiding voor het opstellen van het grotestedenbeleid (GSB-beleid) vormt de in het regeerakkoord gesignaleerde cumulatie van achterstanden in bepaalde delen van de grote steden.

Het gaat dan vooral om de samenloop van langdurige werkloosheid, achterstanden in onderwijs en culturele participatie, slechte huisvesting, intensief gebruikte en moeilijk te beheren openbare ruimte, toenemende criminaliteit en gevoelens van onveiligheid. (Tweede Kamer, vergaderjaar 94–95, 23 900, hoofdstuk VII, nr. 2, p. 12, in Blok, 2004, p48).

De eerste periode van het GSB-beleid loopt van 1995 tot 1999. Kernthema's in deze eerste periode zijn werk, onderwijs, veiligheid, leefbaarheid en zorg. In 1998 wordt een minister aangesteld voor het Grotesteden- en Integratiebeleid, minister Van Boxtel. De hoofdlijnen van het beleid worden geformuleerd in de nota Kansen krijgen, kansen pakken (1998). Van Boxtel constateert dat het beleid onvoldoende effectief is, dat er

te weinig oog is geweest voor de inspanningen die het autochtone deel van de samenleving had te verrichten om de effecten van migratie te verwerken en te weinig aandacht voor diversiteit tussen en binnen allochtonengroepen (ibid., p.48).

De primaire doelstelling van het integratiebeleid is actief burgerschap, dat wil zeggen dat iedereen zelf verantwoordelijk is voor zijn plaats in de samenleving. Dit is tevens de uitleg van de titel van de nota (ibid., p.48).

Zoals in hoofdstuk twee is beschreven, volgde het minderhedenbeleid twee sporen: bestrijding van maatschappelijke achterstand en acceptatie van het multiculturele karakter van de samenleving. Ruim voordat de commissie Blok in 2004 een uitvoerige evaluatie verricht, evalueert Penninx in 1996 de resultaten van dit beleid. Op het terrein van huisvesting is zeker vooruitgang geboekt (Veenman, 1994, in Penninx, 1996, p14). In het onderwijs zijn de achterstanden nog groot maar

voor de tweede generatie van de meeste groepen is toch ook een behoorlijke vooruitgang geboekt (Penninx, 1996, p14).

De werkloosheid onder migrantengroepen is echter nog onevenredig hoog. De maatregelen voor het stimuleren van pluriformiteit bestonden uit het creëren van speciale programma's voor minderheidsgroepen in de omroep en onderwijs in eigen taal en cultuur. Die programma's worden al weer afgebouwd (ibid., p14). Voor het behalen van deze doelstelling is een sterke rechtspositie van legale migranten essentieel en op dat punt is het beleid consequent geweest.

Discriminerende bepalingen in wet- en regelgeving werden verwijderd en de mogelijkheden voor bestrijding van discriminatie verscherpt; vreemdelingen kregen kiesrecht op lokaal niveau en het werd gemakkelijker Nederlands staatsburger te worden (ibid., p15).

De resultaten van het minderhedenbeleid beoordeelt Penninx in 1996 als ambivalent.

Enerzijds valt het oordeel positief uit als we de Nederlandse situatie vergelijken met die van de meeste landen om ons heen. Vooral op het punt van het verankeren van een aantal culturele en religieuze rechten van migrantengroepen en het erkennen van hun organisaties is vooruitgang geboekt. Ook de versterking van de rechtspositie van vreemdelingen, het vergemakkelijken van politieke participatie en het gemakkelijker verwerven van het Nederlands staatsburgerschap kunnen als positieve verworvenheden worden gezien. Anderzijds is er binnen de Nederlandse discussie over het minderhedenbeleid een tendens merkbaar die zich juist weer afwendt van de brede visie die in de Minderhedennota werd geformuleerd en voor een deel ook werd uitgevoerd. Vanaf het einde van de jaren tachtig wordt steeds vaker de mening verkondigd dat het beleid 'mislukt' is. Woordvoerders van deze stroming betrekken dat niet alleen op de arbeidsmarkt – waar die conclusie terecht is- maar ook op de geringe vooruitgang op de terreinen van onderwijs en huisvesting (ibid., p16).

Met deze beoordeling kunnen we zien dat al ver voor het einde van de jaren '90 en de incidenten, die vaak aangehaald worden als de markering voor de mislukking van de multiculturele samenleving, er ernstige twijfel was over het

beleid. In de discussie, die vrijwel meteen na de invoering van het minderhedenbeleid in 1983 begon, zie hoofdstuk 3, kwamen thema's als religie, criminaliteit en integratie al naar voren. Bij de verkiezingen van 1994 zijn de immigranten een belangrijk thema geworden.

De anti-immigranten partijen boekten vooral winst bij de lokale verkiezingen in de grote steden en nog belangrijker was dat een aantal politici van andere partijen leek te 'lenen' om de kiezersgunst voor zich te winnen (ibid., p17)

Een nieuw thema is illegale immigratie. De aanleiding voor de 'plotselinge' ontdekking van het bestaan van ongedocumenteerden is de vliegtuigramp in de Bijlmer in 1992. Het bestaan van ongedocumenteerde mensen in de samenleving hangt samen met het ontbreken van een migratiebeleid. De enige manier voor migranten om Nederland binnen te komen is als illegaal of als asielzoeker.

In de discussie over integratie onderscheidt Penninx (1996) drie standpunten. Allereerst het standpunt dat Nederland een cultureel en levensbeschouwelijk plurale, gesegmenteerde samenleving is. Dit idee lijkt sterk op de verzuiling.

Het tweede standpunt is dat de meest wenselijke vorm van de Nederlandse samenleving een geïndividualiseerde en cultureel homogene samenleving is, waarin ieder individu gelijke rechten en kansen heeft, die door de overheid door middel van algemeen geldende regels worden gewaarborgd. Migrantten dienen zich aan die algemene regels aan te passen.

Een sterke groepsvorming van cultureel, etnisch en/of religieus andere groepen met eigen organisaties en instituties wordt in deze visie, in tegenstelling tot de vorige, als een bedreiging gezien. Soms wordt dat gevaar geformuleerd in termen van het verlies van 'onze nationale identiteit', vaker echter in termen van hinderpalen voor integratie van de nieuwkomers en hun nakomelingen (Penninx, 1996, p.18).

Tussen deze twee standpunten ligt een groot aantal varianten. Ergens in het midden van

dat imaginair continuüm is een derde ideaaltypische voorstelling te lokaliseren, die we aanduiden als de multi-etnische of multiculturele samenleving met gelijke kansen. In die samenleving is er ruimte en respect voor elkaars normen en waarden, cultuur en religie (ibid., p.18).

De meeste deelnemers aan het debat, zegt Penninx in 1996, nemen formeel deze middenpositie in. Maar als zij hun denkbeelden beargumenteren blijkt dat zij beter passen in de ideologie van de geïndividualiseerde, cultureel homogene samenleving.

Verscheidenheid moet theoretisch mogelijk zijn, zo lijkt het devies, maar deze moet niet te veel of liever helemaal geen consequenties hebben (ibid., p. 18).

We zien in de tekst van Penninx dat een aantal politici en publieke opinieleiders al in 1996 immigratie een probleem vindt en het integratiedebat tot meningsverschillen leidt. Het is nog wel zo dat de meeste deelnemers aan het debat –in ieder geval voor de bühne- een middenpositie innemen. Schnabel spreekt in 2000 op een congres getiteld ‘Over de grens’ over psychische hulpverlening aan migranten. Hij gaat in op integratieproblemen van allochtonen en stelt dat we voor het doen van onderzoek naar de gezondheid van etnische groepen

het onderzoek niet meer aan kunnen passen in de zin van proberen de achtergrond van de mensen te begrijpen en daar iets van te weten. Met zoveel achtergronden is dat bijna ondoenlijk geworden. Het kan niet anders of het accent zal in de toekomst nog meer dan nu het geval is komen te liggen op de integratie in Nederland (Schnabel in van den Bogaard & Can, 2000, p22).

Als de verscheidenheid in de migrantengroepen te groot wordt, is de reactie dat de diversiteit dan niet meer te overzien is en we terug moeten vallen op het benadrukken van homogeniteit. Er zijn nog verschillen in de omvang van gezinnen al worden die verschillen kleiner en de vrouwen in sommige etnische groepen krijgen eerder kinderen dan de Nederlandse vrouwen maar

dat is iets wat ‘laag’ is omdat de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, in Nederland zo extreem hoog ligt. Dat is niet goed voor de moeder en niet goed voor het kind en wat dat betreft kunnen we ons beter aanpassen aan wat onder allochtonen nog gebruikelijk is (ibid., p23).

Culturele en religieuze verschillen kunnen heel belangrijk zijn

maar dat hoeft niet. Als godsdienst staat het Hindoeïsme veel verder weg van het Christendom dan de Islam, toch bestaat er in Nederland nooit enige bezorgdheid over het Hindoeïsme en wel over de Islam. Dat heeft met aantallen te maken en met de uitdrukkelijke maatschappelijke oriëntatie van de islam. Er zijn overigens weinig aanwijzingen dat de Islam in Nederland een lastige politieke factor zou kunnen of willen worden, fundamentalistische neigingen zijn nauwelijks aanwezig bij de in Nederland prominente stromingen binnen de Islam (ibid., p23).

De grootste verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn er op de terreinen huisvesting, onderwijs, arbeid en criminaliteit. Allochtonen komen

in een vicieuze cirkel waar men niet meer uitkomt: men voelt zich niet geïntegreerd en daardoor lukt de integratie ook praktisch niet of men merkt in de praktijk vast te lopen en voelt zich daardoor weer minder goed geïntegreerd, wat er weer toe leidt dat de kansen op integratie ook weer kleiner worden. Depressie, maar ook agressief gedrag, zich terugtrekken in een conservatief religieus denken, psychosomatische

klachten, apathie, het ligt allemaal voor de hand als antwoord op een uitzichtloze situatie (ibid., p27)

Uiteindelijk denkt Schnabel dat het voor anderen wat uit moet maken dat *'je er bent'*. Ergens bij horen is direct verbonden met er mogen zijn. Die simpele uitgangspunten voor geestelijke gezondheid blijken in veel gevallen in het leven van allochtonen niet of maar zeer ten dele gerealiseerd te kunnen worden.

Hulpverleners zouden dit kleine vragenlijstje –mag je er zijn? bij wie hoor je? voor wie betekenen te wat? – in gedachten kunnen houden in de eerste contacten met allochtonen. De antwoorden zullen hen vaak verbijsteren en verklaren tegelijkertijd zoveel van wat ze aan ongeluk voor zich zien. Geen bevredigend antwoord op deze vragen is synoniem met 'ongeluk' (ibid., p29)

De toon van het debat over integratie is nog rustig. Murat Can, één van de organisatoren van het symposium 'Over de grens', waarop Schnabel spreekt, zegt dat hij zijn droom in vervulling ziet gaan: interculturalisatie is de oplossing voor een samenleving waarin mensen niet alleen maar naast elkaar maar ook met elkaar leven.

We zijn er bijna. Interculturalisatie is een proces dat veel tijd kost maar, als je maar consequent blijft, pluk je er de vruchten van net zoals Willem Alexander een buitenlandse vrouw kan trouwen (Can, 2000, p41).

Het is een luchtige opmerking, die heel anders van toon is als de tekst in hetzelfde jaar van Paul Scheffer. 'Het multiculturele drama' is één van de meest spraakmakende, iconische teksten over integratie. Er wordt op allerlei manieren gereageerd op zijn tekst, waarin hij

het multiculturele drama dat zich voltrekt dan ook de grootste bedreiging voor de maatschappelijke vrede noemt (Scheffer, NRC 29-1-2000).

Scheffer bouwt zijn betoog op door het thema sociale ongelijkheid te bespreken. In Nederland was verheffing van verschillende bevolkingsgroepen bedoeld om een samenleving te vormen, waar afkomst en klasse geen bepalende rol zouden spelen.

Over het geheel genomen is deze poging tot integratie geslaagd te noemen. De standen en klassen verloren hun scherpe randen: afkomst werd steeds minder een noodlot. Juist daarom is de gelaten manier waarmee gereageerd wordt op het ontstaan van een nieuwe, veel venijniger tweedeling in de Nederlandse samenleving zo onvoorstelbaar. Want waarom wordt er niet in veel dwingendere termen gesproken over het achterblijven van hele generaties allochtonen en over de vorming van een etnische onderklasse? Zo energiek als 'de sociale kwestie' van weleer te lijf is gegaan, zo aarzelend wordt nu omgegaan met het multiculturele drama dat zich onder onze ogen voltrekt (ibid.).

Dat drama bestaat uit de achterstanden van allochtonen in allerlei opzichten.

Wie alle beschikbare gegevens overziet komt tot een ontnuchterende conclusie: werkloosheid, armoede, schooluitval en criminaliteit hopen zich op bij de etnische minderheden. En de vooruitzichten zijn over de gehele linie niet gunstig, in weerwil van individuele succesverhalen. Het gaat om enorme aantallen achterblijvers en kanslozen, die de Nederlandse samenleving in toenemende mate zullen belasten (ibid.).

Scheffer maakt zich zorgen over de last, die de Nederlandse samenleving zal moeten dragen als er zoveel integratieproblemen met allochtonen zijn. Hij haalt daarbij ook een voorbeeld aan uit de geestelijke gezondheidszorg. Zijn voorspelling dat het aantal asielzoekers nog enorm zou toenemen werd destijds door veel mensen in de GGZ gedeeld. Het zou anders lopen.

Een voorbeeld uit vele: over vijftien jaar zal Nederland rond de één miljoen asielzoekers herbergen. Zeer velen van hen kampen met trauma's wegens de oorlogen of rampen waaraan ze zijn ontkomen en de geestelijke gezondheidszorg wordt geacht daarop een antwoord te geven. De enorme problemen die dat oplevert zijn bekend, maar dat lijkt de pleitbezorgers van een ruimhartig asielbeleid niet erg veel zorgen te baren. Althans je hoort ze er niet vaak over uitweiden (ibid.)

Hij vraagt zich af hoe het zo ver heeft kunnen komen. Een deel van de verklaring zit in het optimisme over integratie, gebaseerd op de ervaring met de verzuiling. Wat men dan echter over het hoofd ziet is dat er in de verzuilde samenleving bronnen van saamhorigheid waren. En die ontbreken heden ten dage.

Wat is de waarde van de aloude methode van vreedzame coëxistentie in geheel nieuwe omstandigheden? Functioneert die nog op dezelfde manier? Is het een teken van zelfvertrouwen om niet teveel nadruk op het eigene van onze samenleving te leggen? De culturele samenhang waarbinnen het verschil kon worden beleefd, is nu veel minder voor handen; er zijn weinig bronnen van saamhorigheid. De vergelijking met de verzuiling gaat niet op. Segregatie in het onderwijs door zwarte en witte scholen is natuurlijk van een geheel andere orde dan de scheiding van openbare en bijzondere scholen.

Ook de rol van de islam is niet zomaar te vergelijken met die van de christelijke godsdiensten in Nederland. 'Een mogelijk bindende factor aan allochtone zijde is gelegen in het blijvend hoge aandeel van de moslims in de minderhedenbevolking', schrijft het SCP bij wijze van 'geruststelling' in zijn rapport. Het gaat naar schatting om de helft van de minderheden. Dat wil zeggen, straks is zo'n miljoen inwoners van Nederland moslim. Ook al weten we dat velen de islam in een verwaterde vorm zullen belijden, dan nog is dat is geen vanzelfsprekend gegeven, net zomin als scholen op islamitische grondslag dat zijn (ibid.).

Scheffer haalt Zohra Acherrat-Stitou, een Marokkaanse psychiater in opleiding aan, die in een interview over haar generatiegenoten zegt:

Ze zijn boos op de samenleving, die hun ouders zo gebruikt heeft, en boos op de ouders dat ze zich daar niet tegen verzet hebben. Veel Marokkaanse jongeren, valt mij op, voelen zich slachtoffer. Een slachtoffer voelt zich mishandeld, onbegrepen, niet veilig. Ze moeten van die slachtofferrol af om een identiteit te vinden." (de Volkskrant, 5 maart 1997, geciteerd door Scheffer, 2000).

Slachtoffers voelen wrok en kunnen zich gemakkelijk gewelddadig af gaan zetten tegen de samenleving.

En zo stort het kaartenhuis van de multiculturele samenleving ineen. Alle onuitgesproken verwachtingen, als zou integratie vooral een kwestie van tijd zijn, worden niet bewaarheid. Onder de oppervlakte van het openbare leven drijft een zee van verhalen over de botsing van culturen, die niet of nauwelijks worden gehoord. We leven nu al met de migranten van de derde generatie en de problemen zijn alleen maar groter geworden. Of succesvolle migranten de gehoopte voortrekkersrol spelen is onzeker, want doorgaans weten ze niet hoe snel ze zich moeten losmaken van hun veronderstelde 'achterban'.

Het is geen teken van openheid aan zulke waarnemingen voorbij te gaan met een ontspannen pleidooi voor de multiculturele samenleving. Al die apologeten van de diversiteit zijn niet geïnteresseerd in wat zich in de grote steden van Nederland afspeelt. De overgang naar een anonieme stadssamenleving - waar men de wetten niet zo nauw neemt en liever onderhandelt dan straft - is te groot gebleken voor veel migranten. In een tijd die door omvangrijke immigratie wordt getekend, kunnen de vrijheden in Nederland niet met oude middelen worden bestendigd (Scheffer, 2000).

Scheffer stelt dat de cultuur van het gedogen, die nu op haar grenzen stuit, hand in hand gaat met een zelfbeeld dat onwaarachtig is.

Nodig is een afscheid van de kosmopolitische illusie waarin velen zich wentelen. De wegwerpende manier waarop in Nederland is omgesprongen met nationaal besef werkt namelijk niet uitnodigend. We slaan onszelf op de nationale borst omdat we denken er geen te hebben. Die grenzeloze houding van Nederlanders draagt niet bij tot integratie, omdat daar achter maar al te vaak een afstandelijke en achteloze samenleving schuilgaat (ibid.).

Scheffer verwijt het kabinet en parlement dat zij de problemen met allochtonen niet onder ogen willen zien. Dat is gebaseerd op een illusie.

We hebben een uitzonderlijke tijd achter ons, waarin een zeer ontspannen en welvarende samenleving de teugels heeft laten vieren. De illusie van onkwetsbaarheid was sterk en het leek alsof de vrijheid en verdraagzaamheid zich als vanzelf bestendigden. Die jaren zijn voorbij. Burgers ontlenen momenteel minder rechtszekerheid, sociale bescherming en culturele bevestiging aan de staat. Nu deze hoekstenen

van onze tevreden natie zijn gaan schuiven, keren velen zich af van een overheid die zichzelf voortdurend relativeert. De politieke bovenlaag die vroeger over een duidelijke beschavingsmissie beschikte, twijfelt aan zichzelf en verliest meer en meer zijn greep op de maatschappelijke werkelijkheid (ibid.).

Hij sluit af met een oproep tot een parlementaire enquête, die weliswaar niet direct maar enige jaren laten plaats zal vinden.

Een parlementair onderzoek naar het immigratie- en integratiebeleid is nodig, want nu worden hele generaties onder het mom van tolerantie afgeschreven. Het huidige beleid van ruime toelating en beperkte integratie vergroot de ongelijkheid en draagt bij tot een gevoel van vervreemding in de samenleving. De tolerantie kreunt onder de last van achterstallig onderhoud. Het multiculturele drama dat zich voltrekt is dan ook de grootste bedreiging voor de maatschappelijke vrede (ibid.).

Het essay 'Het multiculturele drama' van Scheffer in de NRC van 29 januari 2000 heeft een enorme invloed gehad op het debat over integratie. Er kwamen veel reacties in de kranten en het essay is vaak aangehaald in vertogen over integratie. Scheffer verwerkte veel van die reacties in 'Het land van aankomst' (2007).

Wederom vormt een WRR-rapport, te weten *Nederland als immigratiesamenleving* van 2001, een belangrijk ijkpunt voor het gevoerde beleid in de daaropvolgende jaren. Over de participatie van migranten op de arbeidsmarkt stelt de WRR het volgende. Het nettoprofiel van de totale immigratie voor een economie als de Nederlandse is onder de huidige omstandigheden klein, zo niet verwaarloosbaar. Volgens de WRR gaat

de algemene stelling (...) ook hier op dat naarmate effecten en effectiviteit van beleidsmaatregelen onduidelijker zijn, de druk toeneemt om, als geformuleerde doelstellingen niet worden gehaald, met nieuw beleid te komen, in plaats van zich erop te richten de uitvoering van het bestaande te verbeteren. Het is van belang deze druk waar mogelijk te weerstaan. Dat op hoofdpunten als inburgering, taalonderwijs, onderwijsachterstanden en arbeidsparticipatie in het jaar 2000 nieuwe beleidsimpulsen zijn gegeven is prijzenswaardig, maar niet elk gegeven of iedere uitspraak over de multiculturele samenleving of het percentage Turken en Marokkanen in socialezekerheidsregelingen, hoeft onmiddellijk tot nader onderzoek en nieuwe maatregelen te leiden. In het bijzonder moet worden vermeden dat een op zichzelf nu onomkeerbare tendens als die naar 'meer eigen verantwoordelijkheid en inzet' of de actuele benadrukking van liberale waarden, doorslaat naar overdreven pressie om zich te voegen naar de standpunten van de meerderheid (WRR, 2001, p. 180, in Blok, 2004, p.52).

Bij de verkiezingen van 2002 speelt de opkomst van Pim Fortuyn een belangrijke rol. Mede daardoor wordt integratie één van de centrale thema's. In het

interview met de Volkskrant van 9 februari 2002, stelt Fortuyn, dan nog lijsttrekker van Leefbaar Nederland:

Het is de cultuur van het poldermodel waar wij ons tegen keren. Een gesloten cultuur die buitenstaanders buiten de orde verklaart en nieuwe belangen niet onderkent. (...) Die oude economie weet heel goed uit de staatsruif te eten; 't is niet alleen een verzorgingsstaat voor burgers, maar ook voor gevestigde ondernemers. Daar moet een einde aangemaakt worden. We willen het land teruggeven aan de mensen. De politiek moet de burger uitnodigen mee te doen. (...) Een grote groep mensen in Nederland zegt: CDA, PvdA of VVD, het is allemaal een pot nat (Volkskrant, 9-2-2002).

Hij kondigt een aantal programmapunten aan voor als hij met zijn partij in de regering komt, waaronder het voeren van een uitermate restrictief vreemdelingenbeleid:

Ik vind 16 miljoen Nederlanders wel genoeg. Het is een vol land. (...) Als ik het juridisch rond kon krijgen, zou ik zeggen: er komt geen islamiet meer in. (...) De mensen zien de verloedering om zich heen grijpen en voelen zich machteloos daar wat tegen te doen. (...) Ik wil absoluut een einde maken aan de idiotie dat driekwart van de hier geboren Turkse en Marokkaanse jongemannen uit een achterlijk gebied een vrouw gaat halen. (...) De Islam is achterlijk, ik zeg het maar, het is gewoon een achterlijke cultuur. (...) Ik ben ook voor het afschaffen van dat rare Grondwetsartikel: gij zult niet discrimineren. (...) Ik heb geen zin de emancipatie van vrouwen en homoseksuelen nog eens over te doen (Volkskrant, 9 februari 2002).

De verkiezingen van 15 mei 2002 en de kabinetten Balkenende vormen de overgang van deze periode naar de volgende, we zullen de draad weer oppakken in hoofdstuk 5. Maar we gaan nog even in op het beleid in zake gezondheid.

Het OGM adviseert in deze periode over de registratie op etniciteit in de zorg, meer aandacht voor allochtone vrouwen en zij blijft zich beijveren voor een betere kwaliteit van zorg voor migranten en asielzoekers. In 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden. In de wet staat een aantal eisen waaraan de zorg moet voldoen. De zorg moet doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht worden verleend en afgestemd zijn op de reële behoefte van de patiënt (Voogt, 2001, in OGM, 2005, p65). De kwaliteitswet lijkt een nieuw middel om voor interculturele verbeteringen te pleiten. Nog lang niet alle sectoren maken voldoende gebruik van de tolkencentra. Ook de geestelijke verzorging zou op grond van de kwaliteitswet afgestemd moeten zijn op de patiëntenpopulatie. Voogt stelt dat de eisen van de kwaliteitswet abstract geformuleerd zijn maar multicultureel ingekleurd moeten worden.

En daar moet haast mee gemaakt worden. De patiënten zijn al lang niet meer wet. De zorg zelf is helaas nog steeds bijna verblindend wit (ibid., p68).

In 2000 roepen de opstellers van het manifest (van Dijk, Boedjarath, de Jong, May en Wessenbeek, 2000) op tot fundamentele veranderingen in de GGZ.

De GGZ belichaamt de dominante, 'witte' culturele waarden. Daarom vraagt interculturalisatie om cultuurkritiek. De sector is nog te weinig doordrongen van die noodzaak. Wij doen een oproep tot dialoog over een interculturele GGZ.

Na een analyse van de problemen in de sector en het beschrijven van een noodzakelijke paradigmaverandering, formuleren de ondertekenaars van het Manifest tien speerpunten.

- Diversiteit moet kwaliteitskenmerk en uitgangspunt van het GGZ-beleid worden.
- Migranten moeten meer betrokken worden bij de vormgeving, inhoudelijke ontwikkelingen en beleidsvorming in de GGZ.
- De instroom van migranten in opleidingen en GGZ moet bevorderd worden
- Er is landelijke afstemming van onderzoek en programmering van interculturele GGZ nodig.
- Beroepscodes en profielen van beroepsverenigingen moeten getoetst worden aan de multiculturele hulpverleningsrealiteit.
- 'Good clinical practices' moeten voor handen komen voor diagnostiek en behandeling.
- Interculturalisatie moet een visitatiecriterium worden voor het toetsen van kwaliteit van opleidingen en zorginstellingen.
- De ontwikkelingen in gezondheid van en zorgverlening aan migranten moet systematisch gevolgd worden
- Er wordt gevraagd om ontwikkeling van doelgroep- en stressorgerichte zorgprogramma's gericht op risicogroepen binnen de migrantenpopulatie.
- Een landelijke beweging migrantenhulpverlening moet gestimuleerd en gefaciliteerd worden zodat inhoudelijke dialoog, signalering en pleitbezorging behouden blijft.

Een aantal van deze speerpunten wordt in deze periode verwezenlijkt maar er zijn ook punten waar men tot ver in de volgende periode moet wachten tot er iets mee gebeurt en er zijn punten die in 2009 nog zeer actueel zijn.

Ook in 2000 verschijnen de publicaties *Interculturalisatie van de gezondheidszorg* en *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Daarin concludeert men dat verschillen in zorgconsumptie tussen allochtone en autochtone zorgvragers zich vooral voordoen op de terreinen van de ggz, de eerstelijnszorg (vooral huisartsenzorg), de (verstandelijke) gehandicaptenzorg en de ouderenzorg (RVZ, 2000a, p5).

Allochtone zorgvragers gaan vaker naar de huisarts, de consulten duren korter, er vindt minder vaak een therapeutisch gesprek plaats en zij krijgen vaker medicijnen voorgeschreven dan het geval is voor autochtone zorgvragers. Allochtonen maken minder gebruik van voorzieningen in de ggz dan autochtonen. Maken zij daarvan wel gebruik

dan gaat het vooral om ambulante voorzieningen van de ggz. Knelpunten doen zich voor in de herkenning van de klacht, de diagnostiek en de behandelwijzen. Allochtone ouderen maken in geringe mate gebruik van het bestaande zorgaanbod voor ouderen. Onbekendheid met het zorgaanbod en het dilemma van terugkeer naar het herkomstland of hier blijven, verklaren het geringe zorggebruik. Zorgverleners zijn vaak niet bekend met de wensen en de verwachtingen van de snel groeiende groep ouderen. Vergelijkbare knelpunten doen zich voor in het zorgaanbod aan (verstandelijk) gehandicapten (ibid., p5).

De RVZ bekritiseert de sfeer van tijdelijkheid en vrijblijvendheid die de interculturalisatie tot 2000 kenmerkt. In het RVZ rapport vinden we ook de definitie van interculturalisatie, een begrip dat al veel eerder in het OGM geïntroduceerd is door Rob van Dijk.

Interculturalisatie is een beleid gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen (ibid., p12).

Minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt de Projectorganisatie Interculturalisatie van de Gezondheidszorg (2001-2003) in om de aanbevelingen van de RVZ te implementeren. Experts op het gebied van interculturele gezondheidszorg raken daardoor voor het eerst betrokken bij beleidsontwikkeling en -implementatie (van Dijk 2009, p.75). Voogt waarschuwt al in 2001 dat de sector zelf echter ook bereid moet zijn om te interculturaliseren, anders blijft het allemaal bij windowdressing (Voogt, 2001, in OGM, 2005, p68).

Tot 1998 was het COA verantwoordelijk voor de medische zorg in de asielzoekerscentra. De VGZ krijgt in 1998 de opdracht van het ministerie van Justitie om de Ziektekosten Regeling Asielzoekers uit te voeren. Zij sluit met GGZ-Nederland een convenant, dat de basis bevat voor het maken van productieafspraken. VGZ en GGZ-Nederland komen overeen dat het ontwikkelen van betere zorg ook tot hun verantwoordelijkheid gerekend wordt (GGZ-Nederland, 2004). De ZRA zal tot 2003 bestaan. De resultaten van de innovatieve projecten zullen we in de volgende periode samenvatten. De integratie van de zorg voor asielzoekers in de reguliere zorg, waaronder ook de GGZ, zorgt voor een impuls op het gebied van innovatie van het zorgaanbod.

Minister Borst subsidieert een actieplan van GGZ Nederland en ondersteunt het initiatief tot een expertisecentrum voor interculturele geestelijke gezondheidszorg, Mikado. Ook de resultaten van het actieplan bespreken we in de volgende periode.

4. 2. Zorgsysteem

Typend voor het zorgsysteem in deze periode zijn twee ontwikkelingen: managed care en het proces naar steeds meer marktwerking. Na de economische crisis in de jaren '80 zijn de voorzieningen onbetaalbaar geworden en de zorgconsumptie gaat alleen maar verder omhoog. Managers worden ingeschakeld om de uitgaven onder controle te krijgen. Nieuw is dat zij nu beleidsmakers worden. Dat heeft gevolgen voor hoe het zorgsysteem werkt. Er komt een grotere nadruk op het registreren, bijhouden en controleren van alle activiteiten van hulpverleners. Managers letten met name op output. In de zorg wordt dezelfde methode als in de profit-sector toegepast: standaardiseren en rationaliseren. Standaardisering heeft nadelige gevolgen voor interculturalisatie: er komt minder ruimte voor diversiteit.

De marktwerking is het tweede gevolg van de te sterk gestegen zorgconsumptie met bijbehorende kosten. Het beleid van Hoogervorst, dat nu vaak geassocieerd wordt met het markt-denken in de zorg, is slechts het sluitstuk van een ontwikkeling in VWS, dat jaren daarvoor al was ingezet. De omvorming van bureaucratische zorginstellingen naar slanke, efficiënte organisaties was al ongeveer twee decennia in ontwikkeling. Belangrijke begrippen worden kwaliteit(scontrole) en evidence based behandelmethoden. Het zijn begrippen van managers, waarmee de macht van hulpverleners (verder) uitgehoud wordt.

Voor interculturalisatie is de nadruk op kwaliteit, het denken over de patiënt als consument en vraaggestuurd werken in principe een kans. Het gebruiken van andere soorten beleid om interculturalisatie te bevorderen, wordt wel 'surfing the waves' (Ingleby, 2006) genoemd.

In de GGZ is, alleen in het begin van deze periode nog sprake van een nadrukkelijke tweedeling tussen migranten en vluchtelingen. Migranten worden opgenomen in de reguliere zorg, al dan niet in specifiek op migranten gerichte teams.

Voor vluchtelingen bestaat een aantal categorale GGZ voorzieningen, zoals in 3.2 al is weergegeven. Er is een aantal veranderingen in deze categorale voorzieningen.. Phoenix wordt vanaf 1995 opengesteld voor asielzoekers en vluchtelingen, ongeacht hun land van herkomst. Er is een centrum voor dagbehandeling bij de GGZ Den Bosch en in een aantal andere steden. Centrum '45 van de Vonk breidt in 1995 haar doelgroep uit tot vluchtelingen en neemt de hulpverleners in dienst, die voorheen bij Pharos werkzaam waren. Pharos heeft dan geen uitvoerende hulpverlening meer binnen haar eigen organisatie.

Sinds 1994 is het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) verantwoordelijk voor de opvang van asielzoekers. De medische zorg in de centra was in eerste instantie een verantwoordelijkheid van het COA maar vanaf januari 2000 is de medische zorg overgedragen naar de GGD-en, die voor de uitvoering van de zorg MOA stichtingen in het leven riepen (Feldmann, 2008, p.7). Later werden over de zorg steeds meer afspraken gemaakt met reguliere zorginstellingen.

Er zijn per regio grote verschillen in de benadering van asielzoekers door de GGZ instellingen. In het convenant van VGZ met GGZ-Nederland (zie 4.1.) staat onder meer dat asielzoekers toegang moeten krijgen tot de reguliere GGZ. Vluchtelingen hadden daar altijd al recht op maar die werden vaak

doorverwezen naar gespecialiseerde instellingen. Zo zijn de asielzoekers ineens opgenomen in de GGZ, al komt ook een deel van hen bij de gespecialiseerde instellingen voor vluchtelingen terecht. Het is niet bekend of de instroom van asielzoekers effect heeft gehad op de aansluiting van de zorg op vluchtelingen.

Toegankelijkheid van de zorg wordt door de grotere instroom van migranten in het algemeen een minder belangrijk thema. Er zijn echter wel thema's, die met aansluiting van hulpvraag en hulpaanbod en met kwaliteit van zorg te maken hebben.

In 1995 wordt Annemiek Richters hoogleraar Cultuur, Gezondheid en Ziekte aan de Universiteit Leiden, in 1999 wordt David Ingleby hoogleraar Interculturele Psychologie in Utrecht en in 2000 wordt Frank Kortmann hoogleraar Transculturele Psychiatrie aan de Radboud Universiteit. Met het vestigen van de leerstoelen laten de Universiteiten zien dat er op interculturele zorg te 'scoren' valt.

4.3. Zorggebruik

Net als bij de vorige perioden, beginnen we met een overzicht van het gebruik van de GGZ door de totale bevolking. Tussen 1992 en 1996 daalt het aantal aanwezigen in de intramurale geestelijke gezondheidszorg licht, tot 20.901 mensen. Net als in de voorgaande periode stijgt het aantal opnames van 33.436 in 1992 tot 39.104 in 1996 (Jaarboek GGZ 1998). Dat betekent een voortzetting van de trend dat opnames gemiddeld korter worden en mensen vaker heropgenomen worden.

Vanaf 1996 kunnen we voor het inzicht in het gebruik van de GGZ, gebruik maken van de NEMESIS-studies (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). In deze studies vinden we andere registratie-eenheden dan in de voorgaande statistieken. Men registreert nu op capaciteit. Hieronder valt de klinische capaciteit voor kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen, verslavingszorg en beschermd wonen. De sterkste groei is in de sector Beschermd wonen (150%) naar een totaal van 8000. Ook de capaciteit in de verslavingszorg en kinder- en jeugdpsychiatrie is geleidelijk toegenomen. De groei van de GGZ blijkt uit de toegenomen totale klinische capaciteit tussen 1993 en 2003 van 28.276 naar 35.839.

De GGZ streeft er naar klinische capaciteit te vervangen door intensieve ambulante vormen van zorg. Deze ontwikkeling maakt deel uit van een brede, internationale ontwikkeling van institutionele GGZ naar meer genormaliseerde en maatschappelijk ingebedde ondersteuningsvormen. Nederland blijft in deze ontwikkeling ver achter bij de rest van Europa, zoals blijkt uit internationale vergelijkingen, die nu ook in de NEMESIS-studies opgenomen zijn. Het aantal opname- en verblijfsplaatsen nam in de periode 1986 – 2001 het minst sterk af en in 2001 is Nederland koploper wat betreft het aantal opname- en verblijfsplaatsen per 100.000 inwoners: 154. Ter vergelijking: Italië heeft er slechts 14, Spanje 50, Zweden 59 maar Duitsland met 150 en België met 153 zitten weer dichtbij.

Tussen 1993 en 2003 stijgen de ambulante contacten in de GGZ van 4.000.000 naar ruim 5.000.000 (GGZ in tabellen, 2007). De klinische zorg neemt vanaf 1993 geleidelijk af en het aantal deeltijdbehandelingen neemt geleidelijk

toe. De productie wordt nu in verpleegdagen uitgedrukt en dat waren er in 1993 7.789.000 en in 2003 6.529.000.

De eerste NEMESIS-studie is gebaseerd op gegevens, verzameld in de periode 1996-1999. De tweede NEMESIS-studie zal eind 2009 verschijnen. In de studies zijn mensen die slecht Nederlands spreken uitgesloten. Dat betekent dat grote groepen allochtonen niet bij het onderzoek betrokken zijn (Borra, 2002). De NEMESIS-studie geeft een overzicht in het vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland. De belangrijkste bevindingen zijn dat psychische stoornissen frequent voorkomen. In totaal heeft 41,2 procent van de Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis. Op jaarbasis heeft bijna een kwart van de volwassenen een psychische stoornis. Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen ongeveer even vaak voor: één op de vijf volwassenen heeft ooit in zijn leven en één op de tien volwassenen heeft op jaarbasis zo'n stoornis. Binnen de groep stemmingsstoornissen komen depressie in engere zin en dysthymie relatief veel en de bipolaire stoornis relatief weinig voor. Binnen de groep angststoornissen komen de enkelvoudige fobie en de sociale fobie relatief veel, en de obsessief-compulsieve stoornis relatief weinig voor. Binnen de groep middelenstoornissen gaat het in hoofdzaak om alcoholproblemen.

Vrouwen hebben vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen. Depressie in engere zin en enkelvoudige fobie komen relatief vaker voor bij vrouwen. Daarnaast hebben vrouwen vaker last van sociale fobie, dysthymie en een eetstoornis dan mannen. Mannen hebben daarentegen vaker een alcoholstoornis en hebben een grotere kans dit voor het eerst te krijgen. De bipolaire stoornis en schizofrenie komen bij mannen en vrouwen even vaak voor.

Allochtonen zijn, zoals vermeld, niet apart vermeld in de NEMESIS-studies. Epidemiologisch onderzoek onder allochtonen dat te vergelijken is met het NEMESIS onderzoek is er niet. De cijfers, die wel verzameld zijn, zijn niet representatief en betreffen vaak het hulpzoekgedrag of de zorgconsumptie of het hulpaanbod (Borra, 2002).

We zullen zo nader ingaan op de onderzoeken naar het zorggebruik van migranten en vluchtelingen maar als we de gegevens van de NEMESIS studie nog één maal terughalen, dan kunnen we mogelijk toch iets meer zeggen over het voorkomen van psychische problemen onder allochtonen. De NEMESIS studie meldt dat psychische stoornissen relatief vaak voorkomen bij de volgende bevolkingsgroepen: jonge mensen (18-24 jaar), mensen met een laag opleidingsniveau, mensen die in de stad wonen, mensen die alleen wonen, alleenstaande ouders, mensen die bij ouders of bij anderen wonen, mensen die één of meer lichamelijke aandoeningen hebben of die ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen. Het zou interessant zijn om te zien of allochtonen, die op een aantal van bovengenoemde variabelen sterk vertegenwoordigd zijn (leeftijdsopbouw, stad, opleidingsniveau en bij ouders wonen) ook inderdaad relatief meer psychische stoornissen hebben dan autochtonen.

Een aantal verschillende onderzoeken naar het zorggebruik van allochtonen, allen uitgevoerd in deze periode, zullen we nu bespreken. De Jong concludeert al in 1996 dat de totale groep migranten in de laatste decennia een 'inhaalslag' heeft gemaakt wat betreft zorgconsumptie binnen de GGZ (de Jong,

1996, p61). Dit geldt vooral voor het gebruik van de ambulante GGZ en dan vooral in de Randstad. In de intramurale GGZ worden wel steeds meer allochtonen opgenomen maar in vergelijking met de autochtone bevolking blijven ze achter.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg publiceert in 2000 een achtergrondstudie over de toegankelijkheid en de kwaliteit van het zorgaanbod aan allochtone cliënten in de GGZ (RVZ, 2000b). Ondanks gebrek aan betrouwbare kennis, dat tot twijfels over publicatie leidt, presenteert de Raad het onderzoek, uitgevoerd door het Trimbos Instituut. De grootste problemen hebben te maken met verouderde data, dat veel onderzoek 'loket-onderzoek' is, dat wil zeggen dat alleen aanmeldingsgegevens bekend zijn en dat er weinig tijd beschikbaar is voor dit onderzoek. Het geeft dus geen representatief en volledig beeld, wel een impressie van de stand van zaken in de GGZ.

Het Trimbos-instituut vat per sector en per allochtone groep samen hoe het zorggebruik eruit ziet.

Ambulante GGZ

Antillianen en Arubanen komen nauwelijks in de GGZ (Wierdsma en Uniken Venema, 1996, in RVZ, 2000b, p23). Het aandeel Surinaamse cliënten verschilt per regio. In de meeste RIAGG's zijn ze ondervertegenwoordigd maar het zijn er relatief meer dan Antillianen en Arubanen. Alleen bij de RIAGG Westelijk Utrecht zijn Surinamers oververtegenwoordigd ten opzichte van hun aandeel in de bevolking van die regio (Langendoen, 1995).

Wierdsma en Uniken Venema vonden in Rotterdam een jaarincidentie voor Marokkanen van 16,7 ten opzichte van 14,3 voor autochtonen. Naar verhouding stromen dus veel Marokkanen in maar de prevalentie is beduidend lager: 21,5 versus 31,7. Dat betekent dat Marokkanen in de ambulante GGZ ondervertegenwoordigd zijn. Ook in Den Haag is het percentage Marokkanen lager dan je op grond van bevolkingsgegevens mag verwachten. Vaak wordt vermeld dat Marokkanen slechts een éénmalig contact hebben met de GGZ.

Turken wijken af van dit beeld: in Rotterdam vonden Wierdsma en Uniken Venema de hoogste incidentie voor Turken (18,3 per 1000 inwoners). Het gebruik van de GGZ door Turken, uitgedrukt in prevalentiecijfers blijft duidelijk achter bij dat van de autochtone bevolking. Van alle GGZ-instellingen hebben de Rotterdamse RIAGG's het hoogste percentage allochtone cliënten in zorg en ook de Haagse RIAGG's hebben meer dan het landelijk gemiddelde aan allochtone cliënten maar het aandeel is lager dan men op grond van bevolkingsgegevens kan verwachten.

Tussen 1985 en 1992 neemt het aantal allochtonen bij de Haagse RIAGG's sterk toe: met 1000 % van 190 naar 2239. Van die allochtonen vormen Surinamers de grootste groep. Verder is nog opmerkelijk dat een relatief groot aantal bij de sociale psychiatrie is ingeschreven en net als bij andere RIAGG's veel volwassenen, weinig ouderen.

De Haan (1993, in RVZ rapport 2000b, p26) constateert dat er in de 17 RIAGG's sprake is van een relatieve ondervertegenwoordiging van allochtonen, vier RIAGG's (in de Randstad) kennen een oververtegenwoordiging en bij de overige is er geen verschil.

Bij de RIAGG Westelijk Utrecht zijn allochtonen en asielzoekers oververtegenwoordigd, de grootste groepen zijn de Marokkanen, Surinamers en asielzoekers.

Veel allochtone cliënten komen in contact met de RIAGG via de crisisdienst, Surinamers zijn daarvan de grootste groep, daarna de Marokkanen. Het crisiscontact verloopt via het politiebureau.

Er is ook onderzocht met welke problemen migranten zich in de zorg melden. Mengistu (1999, in RVZ, 2000b, p26) vindt in haar onderzoek bij allochtonen een percentage van 57% aanpassingsstoornissen tegenover een autochtoon percentage van 19%. Van alle stemmings- en angststoornissen zijn autochtonen met 66% oververtegenwoordigd (allochtonen 28%). Van alle psychotisch gestoorde cliënten is 40% allochtoon en 34 % autochtoon.

Tenslotte kunnen we nog iets zeggen over de leeftijdsopbouw van de allochtone cliënten in de ambulante GGZ: ze zijn veel jonger dan de autochtonen (RVZ, 2000b, p29). In Utrecht is er een verschil in gemiddelde leeftijd van 30,6 tegenover 45,4. In alle leeftijdsgroepen zijn meer vrouwen dan mannen ingeschreven maar er zijn opmerkelijke onderlinge verschillen. Bij Mediterraneanen en Marokkanen in de leeftijdscategorie 20-64 is er een sterke ondervertegenwoordiging van vrouwen in vergelijking met de leeftijdscategorie 0-19. Met name in de leeftijdscategorie 20-64 zijn Surinaamse, Antilliaanse en Arubaanse vrouwen ten opzichte van mannen oververtegenwoordigd. Bij Turken is de geslachtsverhouding naar leeftijd bijna gelijk.

Intramurale GGZ

De zorg voor Antillianen begint vaker intramuraal en er is vaker sprake van heropnames.

In vergelijking met andere etnische groepen worden relatief veel Surinaamse Nederlanders opgenomen. In Rotterdam komen Marokkaanse cliënten net als Turken in vergelijking met andere etnische groepen minder in intramurale zorg, in Amsterdam meer Marokkaanse en Surinaamse (Wierdsma en Uniken Venema, 1996, in RVZ, 2000b, p30). Turkse mannen maken in vergelijking met autochtonen minder gebruik van de GGZ, voor Turkse vrouwen geldt dat in nog sterkere mate.

In Amsterdam is in 1995 en 1996 sprake van onderconsumptie door allochtonen.

In Rotterdam begint de zorg voor Surinaamse en Antilliaanse mannen vaker met een opname, dat geldt ook voor Amsterdam. Dit wordt de intramurale bias genoemd. Het aandeel allochtonen is het grootst in de kortdurende klinische behandeling en in het Crisiscentrum.

Er zijn meer gedwongen opnames, vooral onder Surinamers, Antillianen en Turken. Marokkanen worden net zo vaak als autochtonen gedwongen opgenomen in 1995 maar bij deze resultaten moeten we rekening houden met leeftijd en geslacht: de Marokkanen zijn jonger en er zijn meer mannen dan vrouwen in de intramurale zorg. In vergelijking met autochtonen is er bij allochtonen vaker sprake van heropnames.

Veel meer allochtone cliënten krijgen de diagnose schizofrenie, alleen Turken veel minder (Dekker, 1996, in RVZ, 2000b, p30).

In 1997 zijn er nauwelijks jeugdigen geboren in doelgroepenlanden in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook allochtone ouderen zijn nauwelijks vertegenwoordigd in de intramurale en semimurale GGZ instellingen. Alleen in Den Haag is er een grote groep Indonesiërs en Indische Nederlanders.

In de forensische psychiatrie blijkt dat in 1997 ongeveer 30% van de verstrekkingen betrekking heeft op cliënten die buiten Nederland geboren zijn (RVZ, 2000b, p38). Daarvan is 22% afkomstig uit de vier hoofdgroepen allochtone cliënten. Veel Surinamers en Antillianen (16), Marokkanen (4) en Turken (2).

Verslavingszorg

De schattingen lopen uiteen maar wijzen allemaal op een hoger percentage verslaafden dan gerekend naar de bevolking verwacht kan worden. Er is echter een ondervertegenwoordiging van allochtonen in de verslavingszorg (RVZ, 2000b, p39).

Allochtone vrouwen

Amsterdam heeft in 1994 een allochtone bevolking van ruim 40%. Bij de volwassenen is dat ongeveer 20%. Er zijn grote verschillen per stadsdeel. Om het zorggebruik van allochtone vrouwen in de GGZ goed te begrijpen, is een vergelijking met de bevolkingsopbouw gemaakt (ten Have, Rodrigues & Bijl, 1996). Er is een sterke ondervetegewoording van allochtone vrouwen in de intramurale en semimurale GGZ. In beschermde woonvormen worden nauwelijks allochtone vrouwen opgenomen en de zorg die vrouwen intramuraal krijgen is vaak van korte duur. Bij de RIAGG's in Amsterdam zijn de allochtone vrouwen ondervetegenwoordigd, en ook hier is de behandeling van relatief korte duur. Ze zijn nauwelijks te vinden op de polikliniek psychiatrie. Er zijn regionale verschillen qua verdeling tussen de etnische groepen en sommige RIAGG's vervullen een voortrekkersrol. Dat allochtone vrouwen niet minder psychosociale en sociaal-maatschappelijke problemen hebben dan autochtone vrouwen blijkt uit het intensief gebruik dat zij maken van algemeen maatschappelijk werk en de oververtegenwoordiging in de vrouwenopvangcentra.

De RIAGG's in Den Haag en Amsterdam Zuid Oost zien veel meer Antilliaanse en Arubaanse vrouwen dan mannen (RVZ, 2000b, p26). In Rotterdam is twee derde van de ingeschreven Surinaamse cliënten een vrouw, bij de RIAGG Amsterdam Zuid-Oost is dat juist anders: evenveel mannen als vrouwen. De Turkse en Marokkaanse mannen zijn juist oververtegenwoordigd.

Goetstouwers (1995, in RVZ, 2000b, p27) vond dat allochtone mannen, op Antillianen en Arubanen na, gemiddeld meer sessies krijgen aangeboden dan vrouwen.

Langendoen (1995, in RVZ, 2000b, p27) stelt vast dat allochtone vrouwen vaak niet verder komen dan een intake. Allochtone vrouwen zijn ook gemiddeld minder lang in behandeling dan autochtone vrouwen.

Er zijn belangrijke verschillen in zorggebruik tussen de vier groepen allochtone vrouwen. Marokkaanse vrouwen komen het minst (19 per 1000), dan Turkse (23) en Surinaams en Antilliaans is gelijk met autochtoon (27) in

Amsterdam. In Den Haag is dat anders: veel meer allochtone dan autochtone vrouwen (27 tegenover 16) maar ook hier weinig Marokkaanse vrouwen (RVZ, 2000b, p27).

Rotterdam

Dieperink, van Dijk en Wierdsma (2002) beschrijven

de toeloop in Rotterdam en omgeving. Het zorggebruik van Marokkaanse mannen en Turken (m/v) blijkt inmiddels niet meer onder te doen voor dat van Nederlanders van de koude grond (Bos, 2002, p1).

Zij laten de verschillen zien in het zorggebruik in de periode 1990 tot en met 1998 onder volwassenen vanaf 20 jaar. De gegevens hebben betrekking op de regio Rotterdam. De conclusie is dat steeds meer allochtonen gebruik maken van de GGZ. Er blijft echter sprake van aanzienlijke verschillen in zorggebruik –zowel tussen allochtone groepen onderling, als ten opzichte van autochtonen. Sommige komen verhoudingsgewijs weinig met de GGZ in aanraking, andere veel. Surinamers, Antillianen en Kaapverdiërs zijn ondervertegenwoordigd in de ambulante GGZ en oververtegenwoordigd in de drugshulpverlening. Marokkaanse mannen en Turkse mannen en vrouwen maken niet minder gebruik van de GGZ dan autochtonen. In de Marokkaanse groep zijn grote verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Opvallend is het sterk toegenomen zorggebruik door allochtone jongvolwassen vrouwen. De oudere allochtonen weten naar verhouding het minst de weg naar de GGZ te vinden. Verklaringen voor de verschillen in zorggebruik worden wel aangestipt maar de onderzoekers doen vooral suggesties voor vervolgonderzoek.

In Rotterdam maakt overigens 60% van de allochtone en 50% van de autochtone cliënten slechts eenmalig gebruik van de GGZ (RVZ, 2000b, p29).

Zoals eerder gezegd zijn vooral Turkse cliënten in RIAGG Rijnmond sterk vertegenwoordigd. Haast één op de drie Turkse cliënten meldt zich met een depressieve stoornis (Borra, 2002). Het zijn meer vrouwen dan mannen met deze klachten, net als trouwens in de autochtone populatie. Zij hebben de drempel genomen. Borra:

Wie in het water valt, omhelst de slang, zegt een Turks spreekwoord – als je dreigt te verdrinken zul je alles doen wat je helpt om je hoofd boven water te houden (Borra, 2002, p106).

Hoe vrouwen deze toestand zelf beschrijven en of deze ‘depressies’ verschillen of overeenkomen met het beeld dat in de DSM –IV beschreven wordt, is in een vervolgonderzoek uitgewerkt.

Voor asielzoekers geldt dat er in de GGZ per regio en instelling grote verschillen waren –in ieder geval tot 2000- in het aanbieden en gebruik maken van zorg. De mogelijke tijdelijkheid van hun verblijf deed een aantal instanties aarzelen. De aarzeling kenmerkt zich in argumenten die betrekking hebben op de behandeling en het risico als behandelaar ‘gebruikt’ te worden in de asielprocedure.

4.4. De doelgroep

	1995	1999	2001
Autochtonen	14.892.574*		15.863.950*
Turken	264.027	299.662	319.600
Surinamers	277.706	296.984	308.824
Marokkanen	218.743	252.493	272.752
Antillianen en Arubanen	92.835	99.130	117.089
Vluchtelingen	82.844	144.210	179.053
Asielaanvragen **	52.576	45.217	32.579

Bron: Dominguez Martinez & Groeneveld in Veenman (2003) en Dominguez Martinez et al (2002), ontleend aan de Maandstatistiek van de Bevolking en Statline van het CBS

* CBS bevolkingscijfers gebaseerd op 1990 en 2000.

** Bron: IND

In 2002 verblijven meer dan 80.000 mensen in de Centrale Opvang voor Asielzoekers.

De doelgroep migranten bestaat nu niet alleen uit eerste generatie migranten maar in toenemende mate ook uit kinderen van arbeidsmigranten, die soms hier en soms in het land van herkomst zijn geboren. Die laatste groep wordt wel aangeduid met tussengeneratie.

In de migrantengroep als geheel wordt nu meer onderscheid gemaakt. Soms wordt er over de hele groep gesproken, bijvoorbeeld over Marokkanen maar men spreekt ook over allochtone vrouwen, Marokkaanse jonge mannen en Indische Nederlanders.

We beginnen met de groep, die in deze periode veel aandacht krijgt omdat ze toeneemt in aantal. Vluchtelingen en asielzoekers beschrijven we als één groep ook al is er een belangrijk onderscheid in juridische status. Daar waar het verschil tussen vluchtelingen en asielzoekers er toe doet, zullen we dat expliciet benoemen.

4.4.1. Vluchtelingen en asielzoekers

Vluchtelingen zijn in Nederland geen nieuwe groep, ook in de vorige periodes is al enige aandacht aan hen besteed. Asielzoekers nemen in aantal zo sterk toe dat zij nu ook een aparte groep beginnen te vormen. Tabel over asielzoekers invoegen

Er wordt een scherp onderscheid gemaakt tussen de definitie van vluchtelingen en arbeidsmigranten. Enkele aannames en begrippen over vluchtelingen zullen we hieronder beschrijven om zo te laten zien hoe het verschil met migranten werd geconstrueerd. Er zijn echter ook overeenkomsten tussen beide groepen, waar we hier ook op in zullen gaan.

In de publicaties over migranten in de GGZ kwamen vluchtelingen in eerste instantie nauwelijks voor. Er ontstond wel, zeker internationaal, steeds

meer aandacht voor de gevolgen van gevangenschap en martelingen bij vluchtelingen, die in dictatoriale regimes in met name Latijns Amerika gevangen werden gezet en gemarteld. Het eerste grote onderzoek in Nederland naar de gezondheidsklachten van vluchtelingen in Nederland (Hondius & van Willigen, 1992) sluit aan op dit beeld van vluchtelingen, die gevangen hebben gezeten en gemarteld zijn. Een deel van de gezondheidsklachten is het directe gevolg van martelingen. Maar Hondius en van Willigen hebben het beeld over de gezondheidsproblemen van vluchtelingen verbreed en zien ook klachten die met spanning te maken hebben. Het beeld van vluchtelingen wordt daarmee verbreed en effecten van migratie, het leven in ballingschap, acculturatie en cultuurverschillen tussen land van herkomst en land van vestiging spelen dan een rol in de psychische klachten. Het beeld van vluchtelingen is dat zij een achtergrond hebben van gedwongen migratie, geweldservaringen, gevangenschap en martelingen. Die ervaringen worden vaak benoemd als trauma.

Ook Schell noemt deze kenmerken van vluchtelingen. Zij benadrukt dat

Kennis over de culturele achtergrond van patiënten onmisbaar is maar op zichzelf niet voldoende. Er is ook kennis nodig over de geschiedenis en omstandigheden waaronder de eventuele traumatisering plaats vond en over de juridische en sociale situatie in Nederland (Schell, Culturen binnen Psychiatriemuren, 1994, p16).

In 1996 verschijnt *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (De Jong & van den Berg, 1996) met daarin een hoofdstuk van Rob van Dijk, getiteld *Gedwongen migratie: kern van het vluchtelingenbestaan*. Naar dit artikel wordt daarna vaak verwezen. Behalve een typering van de ervaringen van vluchtelingen in het algemeen, de gevolgen van geweldservaringen en reacties op andere stressoren, markeert van Dijk in het artikel de vluchtelingen als een aparte groep, die men beter kan karakteriseren als overlevenden.

Kenmerkend voor vluchtelingen is de gedwongen migratie. In hun leven vloeien traumatisering, ontworteling en marginalisatie samen. Hierin onderscheiden ze zich van oorlogsgetroffenen uit de periode 1940-1950 en van arbeidsmigranten (van Dijk in de Jong, 1996, p21).

Vluchtelingen en asielzoekers worden om verschillende redenen gezien als een aparte groep. We zien dat hulpverleners aandacht hebben voor thema's als overdracht en tegenoverdracht, woede en onmacht ten aanzien van het systeem van de asielprocedure en burn-out verschijnselen als gevolg van te grote identificatie met de vluchtelingen (Rohlof, Groenenberg & Blom, 1999; Van der Veer, 1998). Dit soort thema's zijn we in de beschrijving van migranten in de GGZ niet tegen gekomen.

Juridische en existentiële aspecten

Er zijn verschillende begrenzings van de groep vluchtelingen te geven, afhankelijk van het gehanteerde argument: juridisch of existentieel (van Dijk in

de Jong, 1996). Volgens het Vluchtelingenverdrag van Genève (1951) en het Protocol van New York (1967) is in juridische zin een vluchteling

elke persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn/haar politieke overtuiging zich buiten het land bevindt waarvan hij/zij de nationaliteit bezit en de bescherming van dat land niet kan of uit hoofde van bovengenoemde vrees niet wil invoeren (VluchtelingenWerk, 1994, p.5).

Vluchtelingen zijn juridisch dus te begrenzen door naar hun juridische status te kijken. Zo komen we op drie groepen: asielzoekers, statushouders en kanslozen/uitgeprocedeerden.

Bij de beoordeling of iemand wel of geen vluchteling is, is vanuit juridisch oogpunt niet het verleden, maar de toekomst van de persoon in kwestie bepalend. Immers, niet de geweldsachtergronden zijn doorslaggevend, maar gegronde vrees voor vervolging bij terugkeer. Oorlogsgeweld in het land van herkomst is op zich onvoldoende grond voor statusverlening. Wel is vanuit humanitair oogpunt dit reden om uitzetting op te schorten (van Dijk in de Jong, 1996, p23).

De groep vluchtelingen is ook te begrenzen door naar existentiële argumenten te kijken. Dan ligt het accent op het verleden en de actuele situatie in het land van herkomst. De term vluchteling wijst in dit geval meer op de doorgemaakte ervaringen dan op de juridische status. De gedwongen migratie is de kern van deze ervaringen. Van Dijk bespreekt de verschuivingen in het denken binnen de Geestelijke Gezondheidszorg over vluchtelingen.

Stond eerst de problematiek als gevolg van acculturatie en ontworteling centraal, later verschoof de aandacht naar de traumatische levensgeschiedenissen van individuen (); een verschuiving van een sociologisch / antropologisch naar een psychologisch paradigma. De introductie in 1980 van de classificatie Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders heeft hieraan bijgedragen. Dit concept richtte de aandacht vooral op de mogelijkheid van pathologische ontwikkelingen in de verwerking van geweldservaringen. De samenhang tussen blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en huidige klachten, trauma-symptomen of PTSD bij vluchtelingen is dan ook een vaak terugkerend onderzoeksthema (ibid., p23).

Ten aanzien van vluchtelingen zijn twee zienswijzen te onderscheiden.

De ene benadrukt de traumatische ervaringen van vluchtelingen en hun psychosociale gevolgen, waarbij veel aandacht uitgaat naar slachtoffers van martelingen. De andere richt zich op migratie, ontworteling, ontheemding en het daarmee samenhangende veel bredere spectrum van somatische en psychische gezondheidsproblemen (ibid., p23).

Met de eerste zienswijze, het belichten van individuele traumatisering, wordt de vergelijking van vluchtelingen met oorlogsgetroffenen benadrukt (Begemann en Van der Ploeg, 1989). In de tweede zienswijze wordt de aanpassingsproblematiek als gevolg van internationale migratie juist naar voren gehaald. Migranten en vluchtelingen maken culturele discontinuïteit en ontworteling door en nemen vaak dezelfde marginale maatschappelijke positie in.

In tegenstelling tot migranten beginnen vluchtelingen met de opbouw van hun nieuwe bestaan echter niet bij nul maar volgens Benedetti als het ware bij min-tien, min-twintig of zelfs min-honderd (Van Willigen & Hondius, 1992, p.50). Kenmerkend voor vluchtelingen is daarom de actuele combinatie van traumatisering, ontworteling en marginalisatie, voortvloeiend uit een gedwongen migratie (van Dijk in de Jong, 1996, p24).

Op grond van persoonlijke ervaringen en impressies, beschrijft Kosutic (1993) het grootste dilemma en de onzekerheid over de kans op terugkeer van de voornamelijk Bosnische en in minder grote getale Kroatische vluchtelingen.

De Bosnische moslims, 44% van de Joegoslavische bevolking bij de volkstelling in 1990, konden rekenen op erkenning van hun cultuur en identiteit totdat de Servische minderheid (31%) hen uit hun gebied verdreef. De terugkeer wordt bemoeilijkt door onzekerheid over de reactie van voormalige vrienden uit andere bevolkingsgroepen (Kosutic, 1993, p35).

Hij waarschuwt voor het psychiatiseren van het dilemma en de onzekerheid over terugkeer. Het is zijns inziens niet nodig deze groep

moreel te verplichten GGZ hulp te gaan zoeken (Kosutic, 1993, p37).

Met zijn woordkeus 'moreel verplichten' zien we een verzet tegen de tendens om een GGZ-screening aan vluchtelingen aan te bieden, vooral als zij daar zelf niet om vragen. In Nederland is dat nooit de praktijk geweest maar in Zweden bijvoorbeeld wel (Hjern & Jeppson, 2003). Vluchtelingen hebben, volgens Kosutic, in de tijdelijke opvang wel behoefte aan begrip, meer privacy en ruimte voor individuele wensen.

Een specifiek thema in de achtergrond van vluchtelingen is het seksuele geweld, niet uitsluitend gericht tegen vrouwen maar wel op veel grotere schaal en soms ook met een specifieke betekenis vooral gericht tegen vrouwen. Wat dit onderwerp betreft is er een verschil tussen de vertogen over vluchtelingen en andere migranten: bij de laatste groepen is de aandacht voor thema's als huiselijk geweld en gedwongen huwelijken pas later toegenomen. Verkrachting van vrouwen kan een oorlogsinstrument zijn, vrouwen kunnen tijdens de vlucht gedwongen worden tot seksueel contact en zij kunnen extra risico's lopen in de opvang. Ook in hun eigen gezin kunnen vrouwen te maken krijgen met seksueel geweld, dat specifiek verbonden is met de gevolgen van de vlucht. Het teloor

gaan van sociale verbanden, de gevolgen van geweldservaringen van mannen, die te kenmerken zijn als verlies van controle en veranderingen van rolpatronen worden in dit kader genoemd. Friedman (1992, in van Dijk, 1996, p31) ziet in deze situatie mishandeling van vrouwen door hun partners in het land van opvang als een middel van mannen om controle te herwinnen en macht op te bouwen.

Ten slotte komt in het artikel van van Dijk nog een begripsbepaling over vluchtelingen naar voren en wel die over de vraag of men vluchtelingen moet zien als slachtoffers of als overlevenden. Het heersende beeld is, volgens van Dijk

dat van een getraumatiseerd slachtoffer. Daarmee wordt de aandacht gericht op het verleden en het accent op trauma verhult de ontworteling en marginalisatie als gezondheidsbeïnvloedende factoren. De veerkracht en het overlevingsvermogen waarover veel vluchtelingen beschikken, krijgen verhoudingsgewijs veel minder aandacht (van Dijk in de Jong, 1996, p33).

Daarom geeft van Dijk er de voorkeur aan over vluchtelingen te spreken als overlevenden. Hij gebruikt daarbij een citaat van Marsella (1994):

Generally, the tendency to view the refugees as helpless and dependent may be the expression of stereotypical views of help provider / help recipient relationship rather than a realistic description of a 'syndrome' (Marsella in van Dijk in de Jong, 1996, p33).

Naast de verschillen tussen de opvattingen van hulpverleners over arbeidsmigranten en vluchtelingen, is er ook een aantal overeenkomsten te zien. De arbeidsmigranten werden geworven voor ongeschoolde tot laag-geschoolde arbeid met dienovereenkomstige betaling. Bovendien eiste het fysiek zware werk zijn tol en belandden relatief meer migranten in de WAO en andere uitkeringen. De slechte sociaal economische omstandigheden, waaronder ook huisvesting, hogere werkloosheid en minder gunstige toekomstperspectieven delen de arbeidsmigranten met vluchtelingen, al komen zij vaak met meer opleiding naar Nederland. De werkloosheid onder vluchtelingen is ook hoog en wordt mede verklaard door de asielprocedure, de taalverschillen en het niet open staan voor diversiteit in arbeidsorganisaties.

Tijdens de asielprocedure mochten en mogen asielzoekers maar beperkt betaalde arbeid verrichten en na het verkrijgen van de verblijfsvergunning, lukt het slechts een klein deel van de vluchtelingen om betaald werk te vinden, laat staan op hun oorspronkelijke niveau. Daarmee vervaagt een grens tussen vluchtelingen en arbeidsmigranten: zij komen in dezelfde slechtere sociaaleconomische situatie terecht met gevolgen voor de kwaliteit van huisvesting en gezondheid. Van Dijk ziet nog een overeenkomst tussen asielzoekers en migranten, namelijk de publieke opinie die zich kenmerkt door xenofobie.

Asielzoekers lijken de rol van zondebok van arbeidsmigranten te hebben overgenomen. Kortom, het maatschappelijk verkeer manoeuvreert

vluchtelingen in een minderheidspositie onderaan de sociale ladder (van Dijk in de Jong, 1996, p30).

Hulpverleners maken op sommige punten onderscheid tussen asielzoekers en vluchtelingen. Dat blijkt zowel uit institutionele verankering van de zorg en aparte regelingen als uit afwegingen van hulpverleners over het al dan niet kunnen behandelen van trauma's van asielzoekers in de periode van onzekerheid over hun verblijf in Nederland. Het effect van een langdurig verblijf in een asielzoekerscentrum en de onzekerheid over verblijfsvergunningen spelen een belangrijke rol in het professionele vertoog over asielzoekers. Ze worden wel de minst bedeelde groep in de samenleving genoemd, of scherper gezegd, tweederangs burgers omdat zij geen of minder aanspraak kunnen maken op zeer basale zaken als arbeid, huisvesting en scholing, in vergelijking tot burgers, inclusief vluchtelingen. Voor het onderzoek naar de hulpverlening aan asielzoekers waarin we nader ingaan op constructie van deze doelgroep en de gehanteerde theoretische modellen, verwijzen we naar bijlage 1.

4.4.2. Migranten

In hoofdstuk 3 hebben we het beeld over migranten geschetst, toen ging het nog vooral over de eerste generatie arbeidsmigranten. Omdat in de definitie van allochtonen ook kinderen met minimaal één ouder, die migrant is, worden meegenomen, bestaat de groep migranten nu uit zowel de eerste generatie als hun kinderen. Het beeld over migranten in de GGZ in de periode 1983-1992 was al gaan verschuiven van het beeld dat zij vooral niet-westers, somatiserend en niet reflectief zouden zijn naar een beeld waarin cultuurverschillen gering en overbrugbaar zijn. Limburg-Okken (1989) voerde een pleidooi om deze groepen te benaderen, vanuit hun referentiekaders te denken en daarmee de GGZ toegankelijk te maken. Een opvallend verschil in de publicaties over migranten is dat er nu meer diversiteit in de groep migranten zelf wordt aangebracht. Zoals in het zorggebruik al aan de orde kwam, zien hulpverleners minder allochtone vrouwen dan mannen. Hier is verder onderzoek naar gedaan door ten Have, Rodrigues en Bijl (1996). Zij beginnen met een globaal beeld van de vele factoren die bij kunnen dragen aan het ontstaan en het beloop van psychische problemen bij allochtone vrouwen.

Na lezing is moeilijk te begrijpen dat er nog gezonde allochtone vrouwen bestaan (ten Have, Rodrigues en Bijl, 1996, p18),

verzuchten zij in de conclusie. Echter niet elke verklaring is van toepassing op het ontstaan van de problemen van een individu. De factoren, die een rol spelen zijn verdeeld tussen factoren die samenhangen met het leven in het land van herkomst, het migratieproces en factoren die samenhangen met de sociaaleconomische positie in Nederland: achterstand en achterstelling.

Factoren die samenhangen met het leven in het land van herkomst zijn *religie*: de religieuze regels en voorschriften en de invloed daarvan op het dagelijks leven wijken sterk af van hetgeen men in Nederland gewoon is. Allochtonen worden niet zelden geconfronteerd met onbegrip en discriminatie.

De *gezinscultuur en -structuur* is anders. De centrale rol van moeders binnen het Creoolse gezin; het sociale leven in 'extended families' in de Hindoestaanse gemeenschap en de strenge sociale controle die samenhangt met de 'wij-cultuur' en de 'eer en schande cultuur' waarin groeps- en familiebelangen centraal staan. De *socialisatie en rolverdeling tussen mannen en vrouwen*, met gescheidenheid en het ontbreken aan mogelijkheden om in opstand te komen tegen 'onduldbare situaties', zoals seksuele mishandeling. Het *huwelijk en moederschap*, waar binnen de vier grootste culturele groepen in Nederland, groot belang aan wordt gehecht. Het aanzien van de vrouw stijgt als zij moeder wordt. Verder verschillen de normen over het regelen van een huwelijk. De *koloniale geschiedenis* heeft een stigmatiserende werking over generaties heen en kan leiden tot gevoelens van inferioriteit. De *juridische positie* van vrouwen in het land van herkomst kan slecht zijn, hetgeen in geval van echtscheiding tot problemen kan leiden. En *gezondheidsbeleving, ziektebeleving en -verklaring* zijn vaak gebaseerd op verklaringsmodellen die uitgaan van een ander wereldbeeld dan het westerse medische model. Vaak is er een belangrijke rol weggelegd voor traditionele genezers (ibid., p57).

Factoren die samenhangen met het migratieproces zijn vaak verschillend van invloed op de ontwikkeling van psychische problemen bij vrouwen van de eerste of de tweede generatie maar het *wegvallen van netwerken* waarvan vrouwen in het eigen land deel uitmaakten, is een potentiële stressor. Het gevolg is dat zij daardoor de kans lopen eenzaam, geïsoleerd en met veel heimwee te leven. De *cultuurshock* is vaak sterker voor Turkse en Marokkaanse vrouwen dan voor Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse vrouwen. *Motieven voor de migratie* kunnen samenhangen met economische noodzaak, gezins- en familiehereniging en het is de vraag of vrouwen uit vrije wil emigreren. De *gevolgen van de bi-culturele situatie waarin kinderen verkeren* kan de opvoeding onder druk zetten omdat de kinderen op school afwijkende normen en waarden leren kennen. Migrerende vrouwen maken vaak tweemaal een *rolwisseling en rolconflicten* mee. De eerste keer als haar man vertrekt en haar met de kinderen achterlaat, de tweede keer als hij verwacht dat zij na eigen migratie die traditionele rol weer oppakt en zelfstandigheid opgeeft. De *dubbele belasting* van buitenshuis gaan werken en tegelijkertijd voor het gezin blijven zorgen en de *remigratieproblematiek*, de wens om terug te keren kan zo groot zijn dat men er ziek van wordt (ibid., p15).

Factoren die samenhangen met de sociaaleconomische positie in Nederland zijn: achterstand en achterstelling. Het wordt algemeen onderkend dat allochtone vrouwen in een achterstandssituatie verkeren. Met achterstelling worden die mechanismen bedoeld, die de verschillen in stand houden en met macht te maken hebben. Discriminatie en racisme zijn hier de kernbegrippen. In Nederland zijn de factoren die achterstelling als gevolg hebben de *arbeidsmarktpositie*: vrouwen verrichten vaak zwaar en slecht betaald werk. De arbeidsdeelname van Antilliaanse/Arubaanse en Surinaamse vrouwen is aanzienlijk hoger dan die van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Van die eerste groepen is een derde alleenstaand ouder, bij Turken en Marokkanen komt dat veel minder voor. Het *opleidingsniveau* van allochtone vrouwen is vaak laag en er zijn taalproblemen, in mindere mate onder Antilliaanse/Arubaanse en Surinaamse vrouwen. De *rechtspositie* kan problemen opleveren omdat het verblijfsrecht van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de eerste jaren afhankelijk

is van dat van haar man en tenslotte speelt *discriminatie en racisme* een rol, zowel direct als indirect (ibid., p17).

Ook op het congres *Culturen binnen Psychiatriemuren*, blijven vrouwen niet onopgemerkt. Boedjarath is blij met de aparte aandacht voor allochtone vrouwen en psychiatrie hoewel zij meteen stelt dat

‘de allochtone vrouw’ natuurlijk niet bestaat. Verschillen tussen autochtone en allochtone vrouwen zijn er in taal, religie, etniciteit, leeftijd, 1^e en 2^e generatie, opleiding, duur van verblijf in Nederland, reden van komst naar Nederland, sociaal economische positie etc. Ze hebben wel dezelfde maatschappelijke dilemma’s: achterstand en achterstelling (Boedjarath, 1994, p72).

Boedjarath ziet als verklaring voor de ondervertegenwoordiging van allochtone vrouwen in de psychiatrie dat er bezwaren zijn tegen opname omdat de vrouwen zich niet begrepen voelen, een gemengde afdeling op weerstand stuit, het gebrek aan ruimte om eigen religieuze en voedselwetten na te leven en discriminatie.

Zolang dit zo is, is categorale hulpverlening een onvermijdelijke vereiste (Boedjarath, 1994, p73).

Behalve de onderverdeling in mannen en vrouwen, wordt er ook een aantal specifieke groepen migranten als min of meer aparte doelgroepen beschreven. Zo is er de doelgroep Indische Nederlanders, die al in Nederland was maar over wie nog weinig geschreven werd. Over hen vertelt mevr. Derksen (*Culturen binnen Psychiatriemuren*, 1993) dat zij hen, toen zij 25 jaar eerder in de psychiatrie ging werken, in grote aantallen opmerkte. Zij hadden allemaal een ‘gewone’ psychiatrische diagnose maar veel verhalen over de Jappenkampen, bijgeloof en voorspellende dromen. Derksen vond de verhalen, door haar eigen Indische achtergrond, niet zo gek. De ‘exotische’ opmerkingen van de cliënten werden echter heel gemakkelijk toegeschreven aan het ziektebeeld.

Buijs deed onderzoek naar Marokkaanse jonge mannen. Hij noemt zijn bijdrage aan het congres *Culturen binnen Psychiatriemuren* (1994) de *evenwichtskunsten van jonge Marokkaanse mannen* en trekt de conclusies dat

1. De ontdekking en bespreking van andere culturen er gemakkelijk toe kan leiden dat de cultuurverschillen overdreven aandacht krijgen en dat de overeenkomsten die samenhangen met leeftijd en ontwikkelingsfase te weinig aandacht krijgen.
2. Cultuur een buitengewoon dynamisch gegeven is.
3. Veel migrantenjongeren een opmerkelijke flexibiliteit vertonen in het naast elkaar hanteren van verschillende cultuurpatronen (Buijs, 1994, p23).

Normalisering

De trend om migranten niet veel anders te zien als autochtone cliënten, zien we terug in het onderzoek van het Trimbos Instituut, dat we hieronder uitgebreid zullen samenvatten en bespreken. Het onderzoek tracht te laten zien dat de

problemen van migranten (in termen van de onderzoekers 'allochtonen') wel degelijk 'normaal' in de GGZ thuis horen. De grens tussen migranten en andere cliëntgroepen vervaagt daarmee. De discussie over integrale dan wel categorale hulpverlening speelt op de achtergrond waarschijnlijk mee. Er zou irritatie kunnen zijn geweest over de opstelling van enkele migranten-specialisten, al dan niet uit dezelfde doelgroep, die vinden dat migranten alleen bereikt kunnen worden als men hun achtergrond van binnenuit kent.

Het Trimbos onderzoek naar allochtone¹ cliënten in de ambulante GGZ

Precies tien jaar na *Migranten in de GGZ* (Limburg-Okken, 1989) verschijnt *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ* (1999), een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten (Hosper et al., 1999). We beschrijven alleen het deel dat gaat over de hulpverleners, die met migranten werken. Deze beperking is nodig want in dit onderzoek is wel een deel opgenomen over wat cliënten zelf vinden maar dit zijn niet dezelfde cliënten als waar de hulpverleners een vragenlijst over hebben ingevuld. Het onderzoek is uitgevoerd onder 50 hulpverleners, die bij een RIAGG werken, verspreid over Nederland, met als voorwaarde dat zij minimaal 5 Surinaamse, Turkse of Marokkaanse cliënten hebben behandeld. Over die cliënten worden vragen gesteld. In 1999 zijn dit de drie grootste migrantengroepen, de Turkse is de grootste en uit die groep komen ook de meeste cliënten. In de inleiding geven de onderzoekers een motivering voor dit onderzoek.

In de afgelopen twee decennia is meer aandacht ontstaan voor psychische problemen van allochtonen in Nederland. Eén van de redenen is dat het aantal allochtonen toeneemt. Met enige vertraging, en in sommige regio's sneller dan andere, stijgt ook hun aandeel in de clientèle van de geestelijke gezondheidszorg (NRV, 1995 in Hosper et al. 1999, p1).

Steeds meer instellingen zien de behoefte aan interculturalisatie in. Gelijkwaardigheid in de zorg, kwaliteitseisen en verbeteren van toegankelijkheid zijn termen, die in deze periode opkomen. Maar, zo vragen de onderzoekers zich af,

hebben zij aparte problemen die bijvoorbeeld samenhangen met hun culturele achtergrond? Presenteren zij klachten anders? Welke rol spelen sociale en economische omstandigheden? (ibid., p2).

Het onderzoek naar deze vragen is schaars. De onderzoekers onderkennen twee grote mankementen in hun eigen onderzoek. Het eerste is dat cliënten zelf niet geïnterviewd worden en dat gebeurt niet omdat de onderzoekers weten uit eerder onderzoek dat allochtone cliënten niet gemakkelijk te benaderen zijn. Om toch iets aan dit methodologische probleem te doen, is Jeroen Knipscheer in het

¹ In dit onderzoek wordt de term allochtoon gebruikt voor migranten uit Suriname, Turkije en Marokko. We houden de term van de onderzoekers aan.

onderzoeksteam opgenomen. Hij was data voor promotie-onderzoek aan het verzamelen en een deel van die resultaten wordt hier alvast gepresenteerd. Het gaat echter over andere cliënten dan die waar de hulpverleners over praten. Het tweede mankement is het ontbreken van een autochtone cliëntengroep in de vragenlijsten voor hulpverleners. Dit probleem is in de loop van het onderzoek duidelijk geworden en viel niet meer te repareren. We krijgen dus wel een beeld van hoe hulpverleners over Surinaamse, Turkse en Marokkaanse cliënten denken maar we weten niet of dit beeld afwijkt van hun opvattingen over autochtone cliënten.

De eerste vraag voor de hulpverleners is de vraag *welk soort klachten, volgens de hulpverleners, de aanleiding vormden om bij een RIAGG of polikliniek hulp te zoeken*. De hulpverleners krijgen daarvoor acht categorieën te zien, waarvan ze er maximaal drie kunnen aankruisen. Die acht categorieën zijn:

- lichamelijke klachten;
- psychische klachten;
- problemen met zelfverzorging;
- problemen in de omgang met naasten;
- problemen op werk of school;
- problemen met instanties;
- gevaar voor zichzelf of anderen;
- traumatische gebeurtenissen.

Voor de totale cliëntengroep signaleren de hulpverleners als belangrijkste redenen om hulp te zoeken psychische klachten zoals bijvoorbeeld piekeren, somberheid, concentratieproblemen of angst (72%); lichamelijke klachten (52%) en het hebben van problemen in de omgang met partner, gezin of familie (49%). Er is geen significant verschil gevonden tussen de etnische groepen en ook niet tussen de eerste en tweede generatie. Er zijn wel verschillen tussen mannen en vrouwen: vrouwen zouden vaker lichamelijke klachten rapporteren en mannen meer problemen met instanties (ibid., p28).

De onderzoekers hebben, behalve deze acht categorieën ook een open vraag gesteld over de door de cliënt verwoorde problemen.

Op die manier pogen we de stem van de cliënt te achterhalen (ibid., p28).

De open vraag leverde

zeer verschillend geformuleerde antwoorden op (ibid., p28).

De onderzoekers bepalen dat die informatie moet worden teruggebracht tot een beperkt aantal categorieën en dat doen zij door de categorieën van de Symptom Check List (SCL) te gebruiken. De categorieën zijn aangevuld met enkele categorieën die

van belang kunnen zijn voor etnische minderheden: problemen als gevolg van ervaren botsingen tussen culturen; problemen als gevolg van etniciteit (zoals discriminatie en illegaliteit); en problemen in de concrete leefsituatie (zoals financiële mogelijkheden of woonproblemen (ibid., p28).

Ook is de categorie relationele problemen onderverdeeld in drie subcategorieën: opvoedingsmoeilijkheden, seksueel misbruik en problemen tussen partners en verwanten.

Zoals gezegd: deze categorieën zijn een aanvulling op de categorieën van de SCL en zo komen de onderzoekers tot 16 categorieën, waarin de open vragen zijn ingedeeld. In de totale cliëntengroep worden vooral problemen genoemd die vallen onder depressieve verschijnselen (45%), problemen tussen partners of verwanten (24%), lichamelijke klachten met een psychische component (19%) en angst verschijnselen (16%). Van de aan de oorspronkelijke SCL toegevoegde categorieën blijken alleen problemen in de concrete leefsituatie van enig belang. Deze categorie bestaat grotendeels uit problemen met geld, werk of woning (ibid., p29). De onderzoekers vragen zich af hoe zij dit resultaat moeten interpreteren en komen tot de volgende uitspraak:

Op grond van deze uitkomst rijst de vraag of cliënten problemen die het gevolg zijn van hun etniciteit niet als psychische problemen zien, of dat hulpverleners cultuurverschillen en cultuurbotsingen, inclusief discriminatie, niet als een (psychisch) probleem (h)erkennen (ibid., p30).

Wat zegt dit over het vertoog van hulpverleners over allochtonen, anno 1999? We zouden kunnen zeggen dat hulpverleners geen aanvullende categorieën nodig hebben om de klachten van allochtonen te inventariseren. Aangezien we geen vergelijking kunnen maken met autochtone cliënten, weten we ook niet of de percentages verschillen. Misschien is in de autochtone cliëntenpopulatie een zelfde verdeling te zien? Zijn cliënten vaak depressief, hebben ze relatieproblemen en zijn ze soms wat angstig? Kortom: Surinamers, Turken en Marokkanen zijn niet anders dan autochtonen. Althans niet in het denken van hulpverleners over hun psychische klachten.

Er blijkt wel een verschil tussen autochtone en allochtone hulpverleners. Van de 50 hulpverleners hebben er 16 ingevuld dat zij zelf een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse achtergrond hebben. De 16 'allochtone' hulpverleners hebben over 80 cliënten vragenlijsten ingevuld, de autochtone over 100. Hoe verschillend denken zij over de klachten, oorzaken van de klachten en omstandigheden die van invloed zijn op de klachten? Als het gaat om de klachten, dan noemen meer autochtone (31%) dan allochtone hulpverleners (9%) problemen met scholing of werk. Ook signaleren autochtone hulpverleners (11%) vaker dan allochtone hulpverleners (1%) problemen in de concrete leefsituatie. Op de overige klachten zijn geen verschillen gevonden (Hosper et al., 1999, p.). De volgende oorzaken worden door allochtone hulpverleners vaker genoemd dan autochtone:

- bovennatuurlijke oorzaken (22% tegen 9%);
- natuurlijke oorzaken (30% tegen 15%);
- discriminatie (19% tegen 8%);
- culturele factoren (19% tegen 8%).

Autochtone hulpverleners op hun beurt verwijzen vooral naar relationele (53%) en psychische (31%) oorzaken, maar niet significant vaker dan allochtone hulpverleners. Allochtone hulpverleners vinden de omstandigheden die te maken hebben met de culturele achtergrond van de cliënt veel vaker *van invloed op de klachten* dan autochtone hulpverleners. Wat het aantal klachten betreft,

leggen ze *minder* nadruk op levensomstandigheden. Het gaat dan om botsing met de Nederlandse cultuur (35% tegen 12%), gezinshereniging (19% tegen 7%) en heimwee (42% tegen 25%). Ook geven de allochtone hulpverleners vaker aan dat werkloosheid een rol speelt in de klachten. Hieruit blijkt dat allochtone hulpverleners problemen in de concrete leefsituatie wel degelijk als probleem opmerken, maar veeleer als negatieve invloed op de klachten dan als aanmeldingsklacht. Daarentegen blijken autochtone hulpverleners problemen met scholing en werk vaker te beschouwen als klacht waarvoor men hulp zoekt, zoals hierboven al wordt gemeld. Op het gebied van hulpvragen is er ook nog een verschil. Volgens allochtone hulpverleners vraagt 58% van de cliënten om gesprekken om de klachten te verhelderen. Autochtone hulpverleners signaleren dezelfde hulpvraag aanzienlijk minder vaak, namelijk bij 31% van de cliënten. De onderzoekers trekken deze conclusie:

Kortom, de allochtone hulpverleners signaleren vaker meerdere oorzaken, meerdere omstandigheden en meerdere hulpvragen tegelijkertijd. Daarbij blijken allochtone hulpverleners ook veel gevoeliger voor het belang van factoren die te maken hebben met etnische achtergrond, migratiegeschiedenis en het leven in een andere cultuur. Zij wijzen veel vaker op culturele factoren, discriminatie, heimwee en gezinshereniging als belangrijke determinanten van de problemen van allochtone cliënten. Bij de autochtone hulpverleners zijn de verklaringen of oorzaken die zij signaleren vooral relationeel of psychisch van aard. Ook noemen zij vaker concrete problemen als aanmeldingsklacht, terwijl de allochtone hulpverleners bijvoorbeeld werkloosheid eerder zien als omstandigheid met een negatieve invloed op de klacht dan als eerste aanmeldingsklacht. In het hulpaanbod van allochtone en autochtone hulpverleners zijn geen verschillen geconstateerd (ibid., p46).

Opvallend is allereerst dat allochtone hulpverleners meer aanvullende verklaringen voor de klachten van allochtonen zien. Voor de autochtone hulpverleners volstaan relationele en psychische oorzaken. Op het gebied van de klachten hebben we gezien dat autochtone hulpverleners eerder klachten rapporteren die te maken kunnen hebben met de vaak zwakkere sociaaleconomische positie van allochtonen. Diezelfde factoren worden door de allochtone hulpverleners gezien als omstandigheden *die van invloed zijn op* de klachten. Het verschil tussen beide opvattingen zou kunnen zijn dat de klachten op het gebied van scholing, werk, de concrete leefsituatie, niet tot het terrein van de geestelijke gezondheidszorg gerekend worden.

Dat zet de bevinding dat allochtone hulpverleners meer aanvullende verklaringen voor de klachten vinden in een ander daglicht: zij verdiepen zich mogelijk meer in de problematiek van de allochtonen. En zij rekenen de klachten wel tot het terrein van de geestelijke gezondheid, niet tot dat van het maatschappelijk werk, als het alleen om verbetering van maatschappelijke omstandigheden zou gaan. Dat betekent overigens niet dat de autochtone hulpverleners de allochtonen niet als cliënten willen, dit verband is in het onderzoek net omgekeerd: de motivatie om allochtonen te helpen is onder autochtone hulpverleners groter (38%) dan bij de allochtone hulpverleners

(21%). Dat laatste zegt misschien meer over de allochtone hulpverleners die niet exclusief met allochtone cliënten willen werken maar hier is niet naar gevraagd.

De conclusie, dat allochtonen 'genormaliseerd zijn' tot cliënten, waar de GGZ mee uit de voeten kan, komt overeen met de inhoud van het themanummer van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (1999-6) *In den vreemde*. Allochtonen zijn niet langer exotisch, daar wordt zelfs expliciet voor gewaarschuwd. De dominante toon is dat allochtonen 'normale mensen zijn' die niet verschillen van 'Nederlanders van de koude grond' in hulpzoek-gedrag en behandeling. Letterlijk schrijft de hoofdredacteur dat er

volgens sommigen nogal wat mankeert aan de manier waarop allochtonen hulp zoeken. Surinamers bijvoorbeeld zouden hun problemen te laat, te versluierd en te somatisch uiten; ze zouden sterk gericht zijn op medicijnen of materiële hulp, 'vreemd gaan' bij andere genezers en anderszins ontrouw zijn. Ook wat betreft de aard van hun problemen zouden ze verschillen van geboren Nederlanders. Uit twee vergelijkende onderzoeken concluderen Knipscheer, van Klaveren, Kleber en Jessurun evenwel dat Surinaamse cliënten niet een fundamenteel ander klachtenpatroon of hulpzoekgedrag vertonen dan Nederlanders van de koude grond. Voor zover er verschillen bestaan, zijn die niet groter dan die binnen de Surinaamse groep (Bos, 1999, p589).

De bijdragen in *In den vreemde* benadrukken stuk voor stuk dat niet alleen etnische, culturele of religieuze verschillen aandacht verdienen maar ook dimensies als leeftijd, klasse en vooral geslacht. Die bijdragen gaan, naast het al genoemde onderzoek naar hulpzoekgedrag van Surinamers in de ambulante GGZ, over Turkse vrouwen van de tussengeneratie: ervaringen met groepsbehandeling; rouw bij Turkse en Marokkaanse meisjes in Nederland, seksueel getraumatiseerde, vrouwelijke vluchtelingen en homoseksualiteit onder mannen uit islamitische landen.

Knipscheer et al. (1999) vinden het opvallend dat in eerdere studies over de Surinaamse cliënten gesproken wordt zonder in die studies de opvattingen van deze cliënten zelf na te vragen. Zij komen tot de conclusie dat hun onderzoeksuitkomsten in tegenspraak zijn met de heersende (voor)oordelen over het hulpzoekgedrag van Surinaamse cliënten.

Er lijken namelijk meer overeenkomsten dan verschillen te bestaan. Binnen de Surinaamse groep is de etnische achtergrond mogelijk een belangrijke factor: de Hindoestanen weken in een aantal belangrijke opzichten af van de Creolen. Zo rapporteerden zij meer gezondheidsklachten dan Nederlanders en Creolen (Knipscheer et al. 1999, p599)

4.5. Theoretische modellen

Aangezien er in het begin van de periode 1993-2002 nog een grote kloof bestaat tussen de hulpverlening voor arbeidsmigranten en die voor vluchtelingen/asielzoekers, zullen we de theoretische modellen daar ook op indelen. De theoretische modellen over asielzoekers en de behandeling van deze groep, hebben we opgenomen in bijlage 1.

De modellen voor de hulpverlening aan migranten overlappen deels die van de vluchtelingen. Daarna komen nog een aantal interculturele modellen aan bod, die voor beide groepen relevant zijn. Tenslotte zijn er theoretische modellen, die vooral betrekking hebben op de achtergrond van hulpverleners.

4.5.1. Theoretische modellen over de hulpverlening aan vluchtelingen

De groep hulpverleners die met vluchtelingen werkt is beperkt qua omvang en Pharos heeft hierin, zeker in het begin, een grote invloed. Het traumaparadigma maakt van vluchtelingen een aparte doelgroep maar vanuit Pharos wordt dit paradigma kritisch benaderd. Er is ook aandacht voor psychosociale problemen van vluchtelingen en de acculturatie problemen, die vooral met cultuurverschillen te maken hebben.

Hulpverleners bij Pharos proberen hun ervaringen met vluchtelingen te delen met hulpverleners in andere instellingen. Er is een intervisiegroep, die bij Pharos georganiseerd wordt, waarin vaak een vaste kern van hulpverleners aanwezig is aangevuld met deelnemers die op specifieke thema's afkomen. Zo worden de ervaringen in de zorg voor vluchtelingen onder een grotere groep hulpverleners bekend en kunnen hulpverleners ook consult vragen bij meer ervaren hulpverleners.

Solidariteit

De tekst, die van der Veer in 2003 schrijft, als onderdeel van het boek *Van pionieren tot verankeren* is een weerslag van die eerdere periode en komt deels overeen met wat hij in zijn proefschrift in 1993 al heeft geschreven. Wij hebben als bron echter de tekst uit 2003 gebruikt. Van der Veer beantwoordt de vraag naar wat de essentiële bagage is voor hulpverleners die met vluchtelingen werken, met drie concepten: Liefde, woede en twijfels.

Liefde voor mensen die vreselijke ervaringen hebben gehad, die zwaar beproefd zijn, mogelijk niet helemaal in de pas lopen. Woede over onmenselijkheid in Nederland en de rest van de wereld; woede als signaal, woede die kan leiden tot constructieve actie. En duurzame wankelmoedigheid met betrekking tot de zin van het leven, in de zin van verdragen van twijfels en niet-weten, en zich daaraan kunnen toevertrouwen. Als men vanuit die houding contact met de vluchteling heeft en begint te begrijpen hoe het dagelijks leven voor hem of haar is,

wijst de rest zich meestal vanzelf; althans voor een professionele hulpverlener (van der Veer, 2003, p107).

Het betoog van Guus van der Veer is opgebouwd door te kijken naar de vragen van hulpverleners, die hem consulteren als zij er met hun cliënten niet uitkomen. Hulpverleners hadden, eind jaren '80 van de vorige eeuw

een sterk geloof in de universele toepasbaarheid van hun vakkennis (ibid., p78).

Als zij dan een vluchteling in behandeling krijgen, hebben zij het idee dat de problemen van vluchtelingen sterk verschillen van die van Nederlanders,

dat de problematiek veel ernstiger of zelfs bizar was, iets om beducht voor te zijn. Vluchtelingen zouden een met traumatische ervaringen verbonden persoonlijke problematiek hebben (ibid., p78).

Er is behoefte aan theoretische concepten, die de problematiek van vluchtelingen kunnen samenvatten. Het begrippenpaar traumatisering en ontworteling blijkt hiervoor goed bruikbaar te zijn, aldus van der Veer. Een probleem is wel de ernstige en dwingende sociale problematiek, voor het grootste deel te wijten aan de juridische positie van asielzoekers, die ervoor zorgt dat zij

allerlei voor Nederlanders als normaal en onvervreemdbaar beschouwde rechten moeten ontberen. Deze actuele stressfactoren leiden in de eerste plaats tot een vermindering van de draagkracht voor psychische problematiek uit andere bron (ibid., p79).

Maar het leidt ook tot gevoelens van machteloosheid bij de hulpverlener. Vanwege de dwingende sociale problematiek besluiten sommige GGZ voorzieningen dat asielzoekers ongeschikt zijn voor psychotherapie. Waar asielzoekers wel behandeld worden, problematiseren sommige hulpverleners hun eigen gevoelens van machteloosheid, benoemen die als tegenoverdracht en vragen om specifieke training in het hanteren van tegenoverdrachtsgevoelens.

Transculturele elementen in psychotherapie

Van der Veer werkt drie transculturele elementen in psychotherapie uit:

In de eerste plaats een bezinning op professionele normen en een doelbewust en verantwoord overtreden van een norm. In de tweede plaats een opstelling als bruggenbouwer, naar andere beroepskrachten in de wereld van de vluchteling, en als derde het geven van betekenis aan 'bizarre' klachten binnen de culturele achtergronden van cliënten (ibid., p87).

Het gaat om accentverschillen of

om het wat radicaler te zeggen: transculturele psychotherapie bestaat niet als afzonderlijke therapeutische methodiek en vereist in die zin geen andere vaardigheden dan de normale vaardigheden van een psychotherapeut. Wat wel van pas komt zijn een reeks algemene transculturele inzichten en een pakket van vaardigheden in transculturele communicatie (ibid., p88).

Van der Veer beschrijft de transculturele hulpverlening en communicatie, die niet als afzonderlijke methodiek gezien moeten worden. Maar

kenmerkend voor transculturele psychotherapeuten is hun speciale geestesgesteldheid. Het zijn therapeuten die doorlopend op een speciale wijze aan het nadenken zijn. De transculturele psychotherapeut is zich er steeds van bewust dat zijn eigen leefwereld en die van de cliënt sterk kunnen verschillen. Vanuit dat gegeven probeert hij contact te maken en te communiceren (ibid., p98).

De transculturele psychotherapeut is bovendien in principe bereid om, als dat nuttig of nodig is, af te wijken van schijnbaar vanzelfsprekende handelswijzen en procedures.

Hij is bewust aan het experimenteren met het verleggen van traditionele professionele grenzen en te allen tijde bereid daarover verantwoording af te leggen (ibid., p98).

De speciale geestesgesteldheid van transculturele psychotherapeuten blijkt ook uit het kunnen creëren van veiligheid. Hij moet vertrouwd zijn met drie typen emoties: liefde, woede en twijfel. Het gaat om de attitude, die gekenmerkt wordt door

liefde en compassie, respect voor de woede van vluchtelingen en interesse in hun twijfels en onzekerheden over existentiële vragen (ibid., p107).

Bot en Kooyman (1999) schrijven over seksueel getraumatiseerde, vrouwelijke vluchtelingen. In hun bijdrage komen ze overeen met Van der Veer in het zoeken naar een minder afstandelijke houding en het aandacht besteden aan praktische zaken, die men normaal niet tot psychotherapie zou rekenen. Zij werken in die tijd bij Phoenix, een in vluchtelingen gespecialiseerd behandelcentrum. Het behandelbeleid van Phoenix gaat uit van het besef dat alle opgenomen patiënten te maken hebben gehad met gedwongen migratie en schendingen van mensenrechten. Naast andere thema's beschrijven zij de houding van de behandelaar, die

onbedoeld traumatiserend kan werken: een formele en afstandelijke houding wordt al snel als kwetsend ervaren, zeker door patiënten die de 'regels' van de Nederlandse hulpverlening niet kennen (Bot en Kooyman, 1999, p632).

De specifieke ervaringen van vrouwen met seksueel geweldservaringen leiden tot een breuk in iemands leven. De tweedeling tussen een periode voor en na de vlucht is niet gezond: voor het welzijn van een mens is het van belang om zijn of haar leven te ervaren als een eenheid waarin de tijd voor de vlucht en die erna zijn geïntegreerd.

Bij de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen praten we zelfs in de psychotherapie over praktische problemen. Zaken van wezenlijk belang zoals de huisvesting en juridische status kunnen niet terzijde worden geschoven (ibid., p635).

Dit lijkt een voorbeeld van wat Van der Veer verstaat onder het afwijken van schijnbaar vanzelfsprekende handelwijzen.

Traumabehandeling en de kritiek daarop

In de theoretische modellen komen de begrippen trauma, posttraumatische stress en traumabehandeling naar voren, die een vertoog vormen over de behandeling van vluchtelingen. Maar er is ook al snel kritiek op alle onderdelen van dit vertoog. We zullen aandacht besteden aan deze begrippen en de kritiek erop.

Het denken over de behandeling van de gevolgen of effecten op individuen van ingrijpende ervaringen is voorafgaande aan deze periode sterk veranderd. Een bekend voorbeeld van de discussie over de impact van ingrijpende ervaringen op de psychische gemoedstoestand van mensen is die over seksueel misbruik van meisjes en vrouwen in het werk van Freud. De verhalen van vrouwen over seksueel misbruik nam Freud aanvankelijk aan als waar. De reacties van vrouwen, vooral de conversieverschijnselen en het geparalyseerd zijn, waren het gevolg van daadwerkelijk misbruik. De reactie op de publicaties van Freud in het puriteinse Wenen aan het einde van de 19^e eeuw, leidde ertoe dat hij zijn theorie aanpaste en ervan uitging dat het misbruik niet daadwerkelijk had plaats gevonden maar een fantasie was.

De ervaringen van soldaten in de Eerste en Tweede Wereldoorlog, de gevolgen van andere soldaten die bij oorlogshandelingen betrokken waren en in belangrijke mate ook de ervaringen van Vietnamveteranen, die allerlei klachten kregen toen ze terug waren in Amerika, leidden tot een grotere aandacht voor de gevolgen van ingrijpende ervaringen. De term Post Traumatische Stress Stoornis werd voorafgegaan door een aantal andere termen zoals shell shock, om het verband uit te drukken tussen de ervaring en de klacht(en). Dit lijkt nu zeer vanzelfsprekend maar dat was het destijds niet. De discussie ging erover of men de gevolgen van ingrijpende ervaringen wel tot een psychische stoornis zou moeten en kunnen rekenen. Tot op heden is de classificatie Post Traumatische Stress Stoornis in de DSM IV, de enige stoornis waarbij de oorzaak een deel van de classificatie is. Die oorzaak is een buitengewone ervaring, die moet voldoen aan een aantal criteria en die daarmee voldoende verklaart waarom het individu de symptomen heeft ontwikkeld, die tot een Post Traumatische Stress Stoornis worden gerekend.

Het denken over oorzaak-gevolg relaties van psychische problemen kreeg meer aandacht. Dat was een belangrijke ontwikkeling voor psychiaters en psychologen, die in het bio-medische model steeds minder ruimte vonden voor het analyseren van de betekenis van klachten. De organische psychiatrie was op haar retour maar de psycho-analyse was in diskrediet gebracht en kon niet opnieuw uit de kast worden gehaald. Behandelaars, die geen gebruik wilden maken van medicatie maar juist de gesprekken met cliënten centraal wilden stellen, konden het traumabegrip goed gebruiken. Het denken in termen van Post Traumatische Stress Stoornis werd een succes en de groepen cliënten, die daarin centraal stonden, waren slachtoffers van seksuele mishandeling, veteranen met een oorlogsverleden en vluchtelingen.

De aanhangers van het trauma-denken maken gebruik van drie centrale aannames voor het verklaren van psychische problemen als gevolg van traumatische gebeurtenissen. In gecondenseerde vorm zijn die aannames de volgende ():

1. Oorlogs- en geweldservaringen zijn zo extreem en verschillend van andere ervaringen, dat ze niet alleen lijden maar ook traumatisering veroorzaken. Traumatisering wordt als concept gebruikt om de psychologische gevolgen van buitengewone levensbedreigende ervaringen aan te geven. De Post Traumatische Stress Stoornis geeft een medisch of pathologiserend beeld van de problemen van asielzoekers en vluchtelingen en verplaatst daarmee de fenomenen uit de sociale en politieke wereld naar het bio-psycho-medisch terrein.
2. Er is een universele menselijke reactie op stressvolle gebeurtenissen, die beschreven kan worden in westerse, psychologische referentiekaders. Trauma wordt daarin gezien als een op het individu gerichte gebeurtenis.
3. Westerse, psychologische benaderingen zijn van waarde voor het begrijpen van gewelddadige conflicten over de hele wereld. Slachtoffers in dergelijke situaties hebben er baat bij om zich emotioneel te uiten en hun ervaringen te 'verwerken'.

Rivero, psychiater bij de RIAGG Den Haag, stelt dat gedwongen migratie en het meegemaakt hebben van trauma's in het land van herkomst, sporen kunnen achterlaten (Rivero, 1993). Naast een psychiatrische diagnose is het noodzakelijk vanuit één of meer psychotherapeutische referentiekaders de symptomatologie en de mogelijke relatie met doorgemaakt geweld te onderzoeken. Zowel de psychiatrische diagnostiek als het cognitief gedrags-therapeutisch zoekschema bieden voldoende ruimte en mogelijkheden om de leefwereld van patiënt bij de diagnostiek en behandeling te betrekken.

Derek Summerfield wordt vaak gezien als de meest kritische auteur op het gebied van de Post Traumatische Stress Stoornis. Hij onderzocht de programma's gericht op posttraumatische stress in oorlogsgebieden en komt tot een samenvatting van en kritiek op de aannames in dergelijke programma's.

Ze reflecteren een globalisering van westerse tendenzen naar medicalisering van 'distress' en geloof in psychologische theorieën (Summerfield, 1999, p1449).

Hij betoogt dat voor de overgrote meerderheid van de overlevenden van oorlog en geweld, posttraumatische stress een pseudo-conditie betreft.

Het geeft slechts andere woorden aan begrijpelijke ervaringen, die als lijden worden gevoeld. Het gevaar van de andere woorden zit in de betekenis, die in de vertaling tot stand komt. Het concept Post Traumatische Stress Stoornis versterkt de positie van westerse organisaties en hun deskundigen, die van buitenaf de omstandigheden definiëren en behandeling 'binnen vliegen'. Er is geen bewijs te vinden waaruit blijkt dat de door oorlogen getroffen populaties deze geïmporteerde benaderingen wensen (ibid., p1454).

De benaderingen lijken de eigen tradities van culturele groepen, betekenisssystemen en eerste prioriteiten te negeren. Summerfield concludeert dat de medicalisering van ellende, een opvallende trek in de westerse cultuur die zich over de wereld begint te verspreiden, staat voor een slechte vertaling van de individuele en sociale dimensies van problemen en rampen en voor de tendens om wat sociaal is te transformeren naar een biologisch niveau. Overlevenden hebben niet om traumaverwerking gevraagd. De humanitaire hulporganisaties dienen zich te richten op de behoeften van de overlevenden, op de verwoeste gemeenschappen en manieren van leven en op urgente vragen rond mensenrechten en rechtvaardigheid.

In een artikel in het Journal of Nervous and Mental Disease geeft Derrick Silove een overzicht van studies naar de gevolgen van martelingen en schendingen van mensenrechten voor vluchtelingen. Zijn vraag daarbij is of de Post Traumatische Stress Stoornis een adequate beschrijving geeft van de meervoudige effecten van dergelijke gebeurtenissen (Silove, 1999). De onderzoeken naar het voorkomen van Post Traumatische Stress Stoornis onder vluchtelingenpopulaties leveren verschillende percentages op. In de groepen vluchtelingen, die hulp zoeken, worden percentages tussen de 40 en 65 % gevonden (Lavik et al. 1996, Kozaric-Kovavic, 1995, Ekblad & Roth, 1997, Weine et al. 1995). In onderzoekspopulaties, die niet zijn samengesteld op basis van de vraag om hulp van de respondenten, komt men tot lagere percentages voor een Post Traumatische Stress Stoornis. Silove probeert dit lagere percentage te verklaren door te kijken naar beschermende en bedreigende factoren voor individuen. Hij vindt bewijs voor zijn stelling dat andere psychiatrische stoornissen vaker voorkomen onder vluchtelingen en dan met name de depressieve stoornissen. Deze bevinding leidt tot een model waarin de verschillende types extreme trauma's fundamentele veranderingen representeren voor één of meer van de belangrijke aanpassingssystemen in individuen en hun gemeenschappen. De vijf aanpassingssystemen die, zo veronderstelt Silove, het meest bedreigd worden door oorlog en massale schendingen van mensenrechten, zijn verbonden met de functies

persoonlijke veiligheid, hechting en voortbestaan van relaties, identiteit en functioneren in rollen, rechtvaardigheid en existentiële betekenis (Silove, 1999, p157).

Silove is ervan overtuigd dat concepten als veiligheid, verdriet, onrechtvaardigheid en spiritualiteit van grotere betekenis zijn voor getraumatiseerde vluchtelingen dan categorieën als Post Traumatische Stress

Stoornis en depressie. Hij denkt dat veel interventies van behandelaars bovendien al aansluiten bij de aanpassingssystemen in zijn model.

In het vertoog van hulpverleners over de gevolgen van ingrijpende ervaringen bij vluchtelingen zien we dus zowel bedenkingen, die op alle cliënten van toepassing zouden zijn als bedenkingen die specifiek voor vluchtelingen gelden. De eerste bedenking is of het van belang is dat ingrijpende gebeurtenissen ook feitelijk hebben plaats gevonden of dat cliënten zich die gebeurtenissen of details van die gebeurtenissen inbeelden. De tweede bedenking is dat het concept Post Traumatische Stress Stoornis populair is geworden, voor alle groepen cliënten die ingrijpende ervaringen hebben meegemaakt. De derde bedenking is of vluchtelingen zelf hun lijden ook in trauma zouden uitdrukken dan wel andere concepten voor hun ervaringen gebruiken.

Coping en veerkracht

Als reactie op het benadrukken van psychopathologie, kunnen we de modellen zien, waarin coping of veerkracht centraal worden gesteld. Deze modellen (Lazarus & Folkman, 1984; Walsh, 2003) vormen de theoretische basis voor het onderzoek naar asielzoekers (Kramer, Bala, Van Dijk & Öry, 2002). Op een belangrijk punt wijkt het vertoog over de behandeling van asielzoekers af van dat over vluchtelingen. Dat punt is de onzekerheid in de asielprocedure. Zeker toen duidelijk werd dat de asielprocedure jaren kon duren, ontstond er een debat tussen hulpverleners over de ethische kanten van de zorg. Aan de ene kant was er de twijfel bij hulpverleners om onderdeel te worden van de juridische procedure. Het beroep op medische gronden om een verblijfstatus te krijgen, speelt daarin een rol. Aan de andere kant zijn er hulpverleners, die denken dat behandeling van trauma's voor asielzoekers niet mogelijk is omdat hun huidige situatie te onzeker is. Hierin volgen zij dezelfde redenering als bij andere cliënten. Voor het verwerken van traumatische ervaringen is, in dit perspectief, een stabiele, veilige situatie als basis belangrijk. Als mensen nog in stresserende omstandigheden leven, zal daaraan eerst een einde moeten komen, voordat je aan verwerking kunt beginnen. Een extra argument in deze redenering bij asielzoekers, in vergelijking met andere cliënten, is nog dat zij in het proces van traumaverwerking te kwetsbaar zouden worden en zich minder staande zouden kunnen houden in de juridische procedure.

We zien dus dat er over het kunnen starten van behandelingen tijdens de asielprocedure een discussie gevoerd wordt. Over vluchtelingen met zekere verblijfstatus gebeurt dat niet. De discussie gaat niet over de principiële vraag of GGZ aan zou sluiten bij de problematiek van asielzoekers. Net als bij vluchtelingen zijn de psychische problemen van asielzoekers goed te verklaren en te behandelen vanuit een psychologisch en/of psychiatrisch kader.

4.5.2. Theoretische modellen over hulpverlening aan migranten

Normalisering van migranten

Zoals we bij de beschrijving van de doelgroep hebben besproken, laten onderzoekers zien dat er geen grote verschillen (meer) zijn tussen de psychische problemen van allochtonen en autochtonen. Ook de theoretische modellen over behandelingen van migranten gaan meer op die van autochtonen lijken. Knipscheer, van Klaveren, Kleber en Jessurun (1999) houden een pleidooi om de Surinaamse cliënten niet te exotiseren.

De erkenning van de culturele invloed op (de behandeling van) psychische gezondheidsproblemen is een steeds actueler en relevanter thema. Ook onze bevindingen ondersteunen de rol van de sociaal-culturele achtergrond in de zorgverlening aan migranten. Ons onderzoek laat echter eveneens zien dat de eventuele verschillen niet verabsoluteerd of verculturaliseerd moeten worden. Eerdere publicaties rond dit thema (Knipscheer & Kleber, 1998) wezen al op het gevaar dat de aandacht vooral uitgaat naar verschillen tussen migranten en autochtone Nederlanders en te weinig naar overeenkomsten of de heterogeniteit binnen een cultuur. Men moet bedacht zijn op exotisering (Withuis, 1998). Het al te zeer benadrukken van etnische en culturele verschillen leidt er bovendien toe dat er een kloof wordt gesuggereerd tussen 'de autochtoon' en 'de anderen'. Die afstand komt het behandelen niet ten goede (Knipscheer, van Klaveren, Kleber en Jessurun, 1999, p601).

Maar een pleidooi om migranten niet te exotiseren, sluit niet uit dat in communicatie, taal of vorm van de behandeling rekening wordt gehouden met bepaalde voorkeuren. Cliënten in het onderzoek van Knipscheer (1999) benadrukken het belang van etnische matching. Tachtig procent van de Surinaamse cliënten wees expliciet op het belang van een Surinaamse hulpverlener. Maar dat kan ook met het aanbod te maken hebben. Er was een Surinaamse hulpverlener beschikbaar en veel respondenten hadden met deze hulpverlener contact. In een vergelijkbaar onderzoek onder Surinaamse cliënten (Karsten e.a., 1996, in Knipscheer e.a., 1999) die geen Surinaamse hulpverlener hadden, kwam deze voorkeur in veel geringere mate voor. Verschillende respondenten noemen

het belang van een 'cultureel eclectische benadering' van psychische stoornissen. Cliënten beklemtoonden dat aandacht voor de sociale context in de behandeling gewenst is (ibid., p600).

Over autonomie en narcisme

Van Heck (in van den Boogaard & Can, 2000) gaat in op de wijze waarop Paris (1998) het onderscheid tussen traditionele en moderne culturen gebruikt om de culturele relativiteit van de persoonlijkheid te illustreren. Hij doet dit aan de hand van de twee tegengestelde eigenschappen: narcisme en afhankelijkheid. Moderne samenlevingen, zoals de Amerikaanse en Nederlandse, stimuleren

prestatiegerichtheid en hebben minder waardering voor het geven van prioriteit aan hechte banden met gezin en familie. Bijgevolg worden manifestaties van eigenschappen op het vlak van individualiteit en autonomie slechts als pathologisch gezien, wanneer deze zeer extreme en excessieve vormen aannemen. Een dergelijke tolerantie is er echter niet ten aanzien van uitingen van afhankelijkheid. Traditionele samenlevingen reageren volstrekt anders. Stabiliteit van intieme relaties oogst waardering; te individualistisch optreden stuit op argwaan en weerstand. Afhankelijkheid wordt gekoesterd omdat het sociale cohesie bevordert en het garandeert dat familiebanden hecht blijven. Wanneer de samenleving in hoog tempo van een traditionele gemeenschap overgaat naar een moderne cultuur, kunnen persoonlijkheidseigenschappen die voorheen een bijdrage leverden aan het aanpassingsvermogen van individuen plotsklaps effectieve adaptatie in de weg staan. Historische omwentelingen maar ook sociale veranderingen ten gevolge van migratie houden daarom een verhoogd risico in voor het ontwikkelen van persoonlijkheidsstoornissen (Van Heck in van den Boogaard & Can, 2000, p99).

Over depressie

Depressie onder Turkse vrouwen is het onderwerp van de bijdrage van Borra in MGv *Nieuwkomers* (2002-1). De afdeling Sociale Psychiatrie in Vlaardingen krijgt vanaf omstreeks 1992 te maken met een steeds grotere groep Turkse cliënten, waaronder veel vrouwen met depressieve klachten. Het veelgebruikte standaardprotocol voor het behandelen van depressies, bestaande uit de combinatie van medicatie en cognitieve gedragstherapie wordt ook op deze groep toegepast. Borra signaleert dat

hulpverleners over de effecten niet tevreden zijn. De medicamenteuze behandeling wilden de meeste vrouwen wel proberen maar de (protocollaire) gedragsmatige cognitieve behandeling leek bij hen niet aan te slaan. Zij wilden vaak over andere dingen spreken dan in het protocol stond aangegeven, bijvoorbeeld over familieproblemen (Borra, 2002, p98).

Dit is een voorbeeld van incorporatie of normalisering. De depressieve klachten bij Turkse vrouwen worden wel onderkend -en dat is een verschil met eerdere en andere ervaringen- maar de behandeling daarna lijkt weinig effectief. In de diagnostiek van depressie moeten hulpverleners

alert zijn en doorvragen om de klachten op tafel te krijgen. In een andere context, bijvoorbeeld bij een huisarts waar niet zoveel tijd beschikbaar is, kunnen dergelijke klachten misschien snel als 'psychosomatisch' benoemd worden, terwijl het eigenlijk gaat om klachten die verwant zijn aan een depressie. De somatoforme stoornis die vroeger vaak aan migranten werd toegeschreven, komt zeer weinig voor (ibid., p106).

De vraag is of de gebruikte instrumenten voor de diagnose depressie voor Turkse vrouwen gevalideerd zijn. Het lijkt er meer op dat hier een

migrantengroep opgenomen wordt in het reguliere vertoog over depressie in de GGZ.

Richters (1996) beschrijft depressie bij vrouwen in allerlei landen onder uiteenlopende omstandigheden en vraagt zich af of migrantenvrouwen in Nederland net als zij het depressieve idioom gebruiken om de 'abnormaliteit van het normale' duidelijk te maken. Vrouwen drukken zich vaak uit in zorgen. Zorgen gerelateerd aan armoede, stress door het werk en de spanningen van hun man die vaak tot uiting komen in mishandeling van vrouw en kinderen. Medicalisatie van zorgen tot depressie heeft één goede kant: het legitimeert het lijden van vrouwen, het wordt serieus genomen.

Er zijn nog drie vrouwen, die op het congres *Culturen binnen Psychiatriemuren* (1996) ingaan op het thema depressie, vrouw en migratie. Boedjarath haalt een aantal stereotype uitspraken over allochtone vrouwen aan, die er toe kunnen leiden dat zij niet goed begrepen worden door behandelaars. Zij stelt dat

in de hulpverlening aan allochtone vrouwen goed gebruik kan worden gemaakt van de bestaande hulpverleningstechnieken en vooral de principes van de vrouwenhulpverlening, mits ze gescreend zijn op bruikbaarheid en verrijkt met inzichten uit de migrantenhulpverlening. *De problemen van allochtone vrouwen zijn niet wezenlijk anders dan die van autochtone vrouwen* maar zij beoordelen de oorzaken en mogelijke oplossingen anders. Vanuit hun eigen dagelijkse werkelijkheid, hun eigen cultuur, normen en waarden en socialisatieprocessen (Boedjarath, 1996, p48; cursivering SK).

Net als in 1994 stelt Boedjarath in 1996 opnieuw dat men rekening dient te houden met relativisering van de diagnostiek. In het zorgvuldig analyseren van de problemen van allochtone vrouwen is het van belang kennis van culturele achtergrond, communicatiepatronen, migratiegeschiedenis, maatschappelijke dilemma's, ziektebeleving, socialisatieprocessen, de positie van allochtone vrouwen hier en in het land van herkomst, seksisme en racisme te betrekken.

Rouw

Migranten zijn nu ook minder dan voorheen een homogene groep. Binnen de groep wordt naar specifieke thema's of subgroepen gezocht. Wienese wil door middel van interviews en literatuurstudie nagaan welke invloed cultuur, religie en het leven in Nederland hebben op de beleving van verlies bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen wier vader was overleden (Wienese, 1999). Zij concludeert dat

voor Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen die in Nederland zijn opgevoed, het overlijden van de vader vaak complexe, verwarrende gevolgen heeft. Rouwreacties zijn universeel maar er zijn wel verschillen in de aard van de emoties, de manier waarop ze worden geuit en de duur van de rouwreacties. Bij de geïnterviewde groep is de wijze van uiten nogal heftig: ze wordt sterk bepaald door volksgeloof en omgeving. Enkele meisjes maken echter wel persoonlijke keuzes. Schuldgevoelens en

gevoelens van eenzaamheid spelen een centrale rol. Het gemis aan emotionele steun in het gezin en van de familie, maar ook de positie als kind en meisje en het verlies van een 'wij-gevoel', versterken deze gevoelens van eenzaamheid. Ook angst voor magie en voor geesten speelt bij Turkse en Marokkaanse meisjes een grote rol; deze angst wordt versterkt door 'verhalen die de ronde doen'. Het merendeel van de meisjes en vrouwen is lang blijven steken in het ontkennen van het verlies. Turkse en Marokkaanse meisjes kiezen enerzijds voor 'westerse' manieren van verwerken (een dagboek bijhouden, afscheidsbrieven schrijven en dergelijke) maar anderzijds voor meer eigen cultuurspecifieke vormen van verwerken zoals het zingen van klaagliederen, bidden uit de Koran, het verrichten van goede daden, het bezoeken van waarzegsters en heiligengraven (ibid., p627-628).

Het zou volgens Wienese goed zijn in de hulpverlening aan elementen van rouwverwerking uit beide culturen aandacht te besteden.

Homoseksualiteit

Steinberger (1999) komt in zijn analyse van homoseksualiteit onder mannen uit islamitische landen tot de conclusie dat

gay affirmative psychology en transculturele hulpverlening geïntegreerd kunnen worden, zij het niet eenvoudig. Een dergelijke integratie vergt dat de hulpverlener blijk geeft van een positieve, ondersteunende houding ten aanzien van homoseksualiteit, als vorm van identiteit dan wel gedrag. De hulpverlener zal de cliënt geen (westerse) homoseksuele identiteit opdringen maar erop bedacht zijn dat met de groeiende individuatie een dergelijke ontwikkeling wellicht wordt gestimuleerd (Steinberger, 1999, p651).

4.5.3. Theoretische modellen over interculturele aanpassingen in de hulpverlening

Een aantal theoretische modellen over de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen legt de nadruk op aanpassingen die in het systeem van de hulpverlening nodig zijn om aan te sluiten bij de vragen van migranten en vluchtelingen. Natuurlijk overlappen zij met de eerder beschreven modellen. We noemen ze hier apart omdat de focus op de hulpverleners ligt, minder op de cliënten.

Culturele gevoeligheid

Colijn spreekt op het symposium Culturen binnen Psychiatriemuren in 1994 over strategieën voor de interculturalisatie van de relatie patiënt – behandelaar/behandelteam. Er wordt langs twee lijnen gedacht:

1. selectie van specifieke hulpverleners, op basis van culturele achtergrond;
2. aanpassen van attitude en werkwijze van hulpverleners.

Onder dat laatste vallen informatie verschaffen, de eerste stap, die in begin jaren '80 gezet werd en het leren kennen van communicatiestijlen, een volgende stap die eind jaren '80 genomen werd. Het vergroten van culturele sensitiviteit is de volgende stap, die nu genomen dient te worden. Het begrip 'cultural sensitivity', ook wel 'cultural responsiveness' genoemd (Rogler et al., 1987); Tyler, Brome and Williams, 1991, in Colijn, 1994), begint in het begin van de jaren '90 in Nederland opgeld te doen (Jessurun, 1993). Het omvat zowel informatie over andere culturen als zicht op communicatiestijlen maar beoogt breder te zijn. Het gaat om relativisering van de eigen cultureel bepaalde hulpverleningstheorie en praktijk en het respecteren van de hulpverleningstheorie en praktijk van de patiënt uit de andere cultuur. Er staan twee 'klinische realiteiten' (Kleinman, 1980) naast elkaar, en voor een westers mens is zelfs op grond van de eigen wetenschappelijke criteria veelal niet te bepalen welke de juiste cq. de ware is. Eigenlijk, zegt Colijn, gaat het om een toenemende emancipatie van patiënten met een andere culturele achtergrond. Het accent op informatie onderstreept diens

gelijkwaardigheid als drager van cultuurgoed, de belangstelling voor communicatiestijlen legt de nadruk op diens gelijkwaardigheid als gesprekspartner en het begrip culturele sensitiviteit betekent de gelijkwaardigheid als betekenisgever aan gezondheid, ziekte en genezing (Colijn, 1994, p59).

In een onderhandelingsmodel zet de hulpverlener de ideeën van de patiënt en de hulpverlener naast elkaar. Daarbij is het schema van Frank (Frank&Frank, 1992, in Colijn, 1994) over de basisstructuur van psychologische geneeswijzen behulpzaam. Hij benoemt gemeenschappelijke therapiefactoren:

- een relatie tussen hulpvrager en hulpverlener;
- een context waarbinnen deze relatie gestalte krijgt;
- een rationale waaruit de problemen en bijbehorende hulpverleningsaanpak verklaard kan worden;
- de rituelen of procedures, die uitgevoerd moeten worden om de problemen te verhelpen.

De invulling van dit schema verschilt van cultuur tot cultuur, de gestalte zal door mensen binnen de cultuur direct herkend worden als hulpverlening maar mensen van buiten die cultuur zullen dit er nauwelijks in herkennen. Belangrijk in de onderhandeling is het ter discussie stellen van de superioriteit van westerse hulpverleningsmodellen (Colijn, 1994, p60).

Transculturele aanpassingen in de diagnostiek

Joop de Jong gaat in op psychodiagnostiek bij allochtonen (de Jong, 1995) en stelt dat er in het algemeen vier strategieën zijn die door diagnostici gebruikt worden: patroonherkenning, de beslisboom, de strategie die ook lichamelijk onderzoek opneemt, ook wel het sleepnet genoemd en de hypothetisch-deductieve methode. In praktijk maken de diagnostici gebruik van alle vier de strategieën. De Jong bespreekt hoe deze strategieën te gebruiken zijn bij allochtonen.

Patroonherkenning is vaak gebaseerd op jarenlange ervaring. Het wordt vaak als de 'via regina' gezien maar leidt tot uitglijders als men bepaalde culturele codes en omgangsvormen niet kent. De beslisboom maakt een belangrijk onderscheid tussen organische psychosyndromen en stoornissen waarbij de psyche in het geding is. De Cartesiaanse tweedeling van lichaam en geest ligt hieraan ten grondslag. Die tweedeling sluit niet aan bij de beleving van migranten. De beslisboom, een complete anamnese en de hypothetisch-deductieve methode vormen het internationale systeem van psychiatrische diagnostiek en roepen vragen op wat betreft universele toepasbaarheid. Er staan vijf vooronderstellingen (Febrega 1994, in de Jong, 1995) ter discussie:

1. de klinische validiteit;
2. stoornissen die door één psychiatrische gemeenschap worden geformuleerd zouden ook relevant en begrijpelijk zijn voor klinici in andere gemeenschappen;
3. universele categorieën worden gedefinieerd met operationele criteria terwijl die criteria het product zijn van een sociaal of moreel oordeel over bepaalde gedragingen in een bepaalde context;
4. er wordt uitgegaan van een optimaal aantal diagnostische categorieën, gebaseerd op de verwachting dat de neurobiologie het meest geschikte referentiekader is voor psychiatrische diagnostiek;
5. de gevestigde categorieën worden stabiel en identiek verondersteld.

De conclusie van de Jong is dat hulpverleners zich laten verleiden tot het stellen van een diagnose in korte tijd met als resultaat dat de diagnostiek voor de migrantenpatiënt funest is en een weinig doordacht behandelplan wordt opgesteld. De overige bijdragen van het congres *Culturen binnen Psychiatriemuren* in 1995 en 1996 benadrukken eveneens de problemen met het toepassen van diagnostiek op migrantenpatiënten, voor wie andere normen zouden gelden en bij wie bepaalde concepten in de onderzoeks-instrumenten niet dezelfde betekenis hebben.

Kortmann houdt in 1996 de algemene inleiding over depressieve stoornissen. Hij stelt dat depressies overal ter wereld veel voorkomen. Aangenomen wordt dat zij universele psycho-biologisch bepaalde reacties zijn op prikkels die binnen de patiënt ontstaan of van buitenaf komen. Deze worden mede onder invloed van cultuur vertaald in uiteenlopende ziektegevoelens. Daardoor bestaan er in verschillende culturen verschillende ziekte-idiomen en verschillende verklaringsmodellen voor depressies. In de transculturele psychiatrie is verdieping hierin noodzakelijk voor het leggen van een vertrouwensrelatie met de patiënt. Deze kant van de behandeling is even belangrijk als het beschikken over effectieve antidepressiva (Kortmann, 1996).

Richters gebruikt op het congres van 1996 het *Lof voor een hoogstaand intellect* uit Mahlers *Des Knaben Wunderhorn*, waarin een ezel de zangkwaliteiten van een nachtegaal en een koekoek moet beoordelen. Als metafoor voor de diagnosticus, beschrijft zij de ezel, die het 'i-ja, i-ja' in het lied van de 'koe-koek, koe-koek herkent en het hoge geluid van de nachtegaal maar slecht kan waarderen. Hij kiest dan ook voor de zangkwaliteiten van de koekoek. De moraal is dat de DSM-psychiater met ezelsoren luistert en alleen hoort wat zijn eigen begrippen-apparaat hem toestaat. Een goede antropoloog poogt ook het lied van de nachtegaal te begrijpen (Richters, 1996, p21).

Emoties

Emoties in Transcultureel perspectief is het thema van het congres Culturen binnen Psychiatriemuren in 2000. De meeste analyses van emoties, over hun ontstaan en functie, zoals ze op dit congres worden besproken, volgen de lijn van algemeen naar cultureel specifiek. Korrelboom behandelt aan de hand van Frijda's boek over emoties (Frijda, 1988) wat emoties zijn en waartoe ze dienen. Emoties hebben, volgens Korrelboom, een biologische basis. Mensen hebben emoties nodig om het hoofd te bieden aan bedreigingen en om gebruik te maken van mogelijkheden die zich in het dagelijks leven voordoen. Emoties hebben een signaalfunctie en dat is 'hardwired'. Ze maken deel uit van de biologische make-up van alle mensen. In deze zin zijn er eigenlijk ook geen cultuurverschillen.

De uitvoering kan wellicht soms enigszins verschillen maar de essentie van gedragspatronen is overal hetzelfde: toenaderen, vechten, vluchten en verleiden (Korrelboom, 2000, p9).

Het universele karakter van emoties komt ook naar voren in het onderzoek van Ekman (1999) naar de herkenning van gezichtsuitdrukkingen in allerlei culturen. Cultuur heeft wel invloed op de secundaire appraisal: het wel of niet uitvoering geven aan eenmaal geprikkelde actietendensen. Daarin spelen normen en waarden een grote rol.

Genezingsmodellen

Voor de behandeling van migranten geven Perquin en Sprock op het symposium van 1996 enige aanwijzingen. Men moet nagaan welk genezingsmodel of -modellen het beste aansluiten bij de wijze waarop de cliënt of zijn omgeving zijn ziekte verklaart. Die modellen kunnen samengevat worden als:

1. het magische model: geloof in natuurkrachten, heksen, kruiden, rituele handelingen;
2. het religieuze model: geloof in God of de duivel, gebedsgenezing, de biecht;
3. het medische model: geloof in neurotransmitters, pillen;
4. het psychologische model: geloof in intra-psychische of intermenselijke conflicten, in gesprekstherapie.

Vervolgens dient men na te gaan of de modellen tegen elkaar in werken en eventuele conflicten oplossen. Men moet specifieke aandacht besteden aan de extra belastende factoren die samenhangen met migratie:

- acculturatie-problemen en maatschappelijke knelpunten;
- diffuse rouw die samenhangt met alles wat de migrant heeft achtergelaten;
- nieuwe sociale steunsystemen (Perquin en Sprock, 1996, p65).

Culturele sensitiviteit, tijd nemen voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie is telkens de kern van wat men zegt over de behandeling van migranten.

Systeemtherapie en etniciteit

Derksen vraagt zich af waarom veel migranten voor systeemtherapie worden aangemeld (Derksen, 1993). Een belangrijk argument komt van McGoldrick (1987). Zij vindt dat het voor de hand ligt dat belangstelling voor systemen leidt tot belangstelling voor etniciteit. Etniciteit ligt diep verankerd in het systeem en wordt ook via het systeem doorgegeven. De twee concepten (etniciteit en systeem) zijn zo met elkaar verweven dat het moeilijk is om het ene concept zonder het andere te bestuderen. Derksen ziet de nieuwe bevolkingsgroep (die niet uitsluitend Indische Nederlanders bevat maar ook Marokkanen, Turken, Surinamers en Antillianen) als een kans om met een andere cultuur kennis te maken. Kennis van de cultuur is belangrijk maar de systeemtherapeut heeft daar geen aparte methodiek voor nodig (Derksen, 1993, p18).

Farmacotherapie

Voor farmacotherapie bij etnische minderheden wijst Kortmann op verschillen in metabolisering, de bindingscapaciteit van eiwitten maar ook omgevingsfactoren als dieet, roken, alcoholgebruik en het gebruik van kruiden en andere geneesmiddelen (Kortmann, 1998). Er zijn ook inter-etnische verschillen in de respons op tricyclische antidepressiva, lithium, neuroleptica en benzodiazepinen. Behalve verschillen tussen etnische groepen zijn er ook verschillen tussen individuen binnen een etnische groep. Dat maant tot voorzichtigheid. Psychiaters moeten het doen met kennis van trends, die bovendien gevonden zijn in onderzoek in Amerika. In Nederland gaat men voor de registratie van geneesmiddelen grotendeels af op buitenlandse studies. Bij Nederlandse effectstudies is het kenmerk etnische minderheid vaak een exclusiecriteria voor deelname. De trends zijn dat mensen van het Caucasische ras de hoogste dosering nodig hebben en dat brengt Kortmann tot het advies om bij etnische minderheden met een lagere dosis te beginnen (Kortmann, 1998, p15).

Toerusting van hulpverleners

Migranten en vluchtelingen hebben de drempel van de GGZ instellingen geslecht. Nu is het de vraag of zij effectief behandeld worden en of de hulpverleners toegerust zijn om de problemen van migranten en vluchtelingen te begrijpen. In het themanummer Nieuwkomers (2002, 1) zegt de hoofdredacteur daarover:

Toerusting, oftewel 'empowerment', moet volgens Jaap Kool en Ad Kaasenbrood het hoofddoel zijn bij het behandelen van een heel bijzondere groep landverhuizers: ernstig getraumatiseerde vluchtelingen. Behandelaars moeten zien dat dezen ten minste de kracht vinden om de asielprocedure te doorstaan. Asielzoekers verkeren in een uitzonderlijke sociale positie, die zelfs voor psychiatrische patiënten ongebruikelijk afhankelijk en kwetsbaar is. De verhouding met de hulpverlener krijgt er bijna automatisch een ander karakter door. Dat heeft volgens Mario Braakman en Ad Kaasenbrood niet zozeer te maken met de vreemde cultuur van asielzoekers maar met de existentiële problemen, waar de

hulpverlener mee geconfronteerd wordt en die de betrekkelijkheid van vanzelfsprekendheden in het vak illustreert. Ook volgens Guus van der Veer en Adeline van Waning worden hulpverleners door de ontmoeting met vluchtelingen van hun stuk gebracht: ze worden gedwongen zich te bezinnen op hun eigen morele houding. Dat klinkt pastoraal en zo is het nog bedoeld ook. Niet iedereen zal daarvan gediend zijn: vervalt de GGZ zo immers, net nu ze iets wetenschappelijker wordt, niet in ideologie? (Bos, 2000, p2).

4.5.4. Theoretische modellen over de socialisatie van hulpverleners

Behalve communicatie vaardigheden is de attitude van de hulpverlener ook van belang. Boedjarath noemt in de bespreking van hulpverlening aan allochtonen vrouwen attitude naast kennis over cultuur en communicatiepatronen, migratiegeschiedenis, maatschappelijke dilemma's, ziektebeleving, positie van de vrouw zowel in thuisland als de veranderde positie in Nederland (Boedjarath, 1994). Enige aanpassing van de hulpverlener is soms wel nodig, bijvoorbeeld in het stimuleren van een emancipatieproces. Er kunnen cultuurverschillen zijn in de principes van zelfhulp en autonomie. En bij allochtone vrouwen is vaak sprake van een dubbele onderdrukking, een onderdrukking die met seksisme en racisme te maken heeft. Hulpverleners moeten daar mee leren omgaan. Ook moeten hulpverleensters kritisch durven kijken naar etnocentrisme en de eigen socialisatie ten aanzien van allochtone vrouwen.

In de socialisatie van hulpverleners kunnen een aantal standaardhoudingen (Jessurun & Arends, 1990) te herkennen zijn:

1. The illusion of colourblindness: het negeren van kleur / etniciteit, waardoor de eigenheid van de cliënt verloren gaat en beoordeeld wordt vanuit de white middle class normen.
2. The irreversible mark of oppression: alle problemen van allochtonen worden verklaard vanuit hun minderheidspositie, een constante conditie van gedepriveerd zijn.
3. The great white father syndrome: de hulpverlener meent alles van de cultuur, het denken en voelen van de cliënt te begrijpen en hij/zij weet wat het beste voor haar is zodat iedere ontkenning van de cliënt als weerstand of ondankbaarheid gelabeld wordt.
4. They are so different: de hulpverlener laat zich lam slaan door het idee dat anders en onbenaderbaar synoniem zijn.

De sleutelwoorden ten aanzien van de attitude van de hulpverlener zijn: culturele empathie en respect, waardevrij luisteren, een (continue) kritische en zelf-reflectieve houding ten aanzien van de eigen normen en waarden (Boedjarath, 1994, p76).

Onverdund racisme

Helberg gaat in op de invloed van migratie op de geestelijke gezondheid (Helberg, 1994). Hij stelt dat de denkkaders van hulpverleners per definitie racistisch zijn en daarmee komt psychiatrische behandeling in het gedrang. De

argumenten voor het racistische karakter zitten in het samenvallen van de periode waarin de psychiatrische denkbeelden zich ontwikkelden en het rechtvaardigen van slavernij en kolonialisme. Het blanke ras zou superieur zijn. De norm is westers, alles wat daarvan afwijkt zou minder zijn.

Helberg legt uit dat gedrag en gevoelens van cliënten geïnterpreteerd worden door hulpverleners in de GGZ. Door de interpretatie kunnen andere betekenissen gegeven worden aan de oorspronkelijke gevoelens.

Menselijke gevoelens en gedragingen ondergaan een verandering in onze handen: zien wordt hallucinatie, voelen depressie, niet kunnen slapen een slaapstoornis. Dat is wat er gebeurt als mensen zich aan de psychiater uitleven (ibid., p82).

Westerse psychiatrie kan niet universeel zijn, zij is ook nog racistisch en haalt alle essentiële elementen uit de hulpverlening die van belang kunnen zijn. Die essentiële elementen zijn religie, spiritualiteit, huidskleur, cultuur, maatschappelijke achterstand. Ook in God geloven wordt als ouderwets of primitief beleefd. Genezers uit andere culturen worden beschreven met woorden die hun retardatie aangeven: traditioneel, medicijnman, mystici (ibid., p83).

De enige uitweg, die Helberg nog ziet is cultuursensitief te luisteren en respect op te brengen voor het verklaringsmodel van de ander. Door in een spiritueel werkkader te durven stappen, blijkt transculturele communicatie mogelijk.

4.6. Therapeutische praktijken

Inzicht in de therapeutische praktijken krijgen we door de interacties tussen hulpverleners en migranten of vluchtelingen en de reflectie daarop te bestuderen. Onderzoek naar de daadwerkelijke, concrete interacties in de spreekkamer van therapeuten is schaars. Als data voor de beschrijving van de directe interacties tussen hulpverleners en cliënten zijn onderzoeken *over* de contacten met cliënten gebruikt. Bij de eerste twee bronnen zijn zowel vluchtelingen of migranten als hulpverleners geïnterviewd. Deze bronnen zijn het onderzoek naar cultuurverschillen in de interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen van Boomstra en Kramer (1997) en onderzoek naar interculturele conflicten in de psychiatrie van Rezvanmehr (1999). De hulpverlening aan asielzoekers, zowel de theoretische modellen als de therapeutische praktijken, worden in bijlage 1 behandeld.

Aan deze bronnen, die de directe interactie onderzochten, zijn drie onderling zeer verschillende bronnen toegevoegd. De eerste bron is gebaseerd op psychotherapie met vluchtelingen en gaat over het versterken van protectieve factoren als bronnen van veerkracht (Bala, 1999).

Dat allochtone hulpverleners soms als Ali-Bi Ali worden gebruikt door organisaties, is al aan de orde geweest (May, 1993, p8). Toen in 1992 het vliegtuig op de Bijlmer neerstortte, kwamen organisaties snel in actie om zorg te verlenen. Ineens was er een 'allochtonenteam' van de GGZ. Het bijzondere van de bijdrage, die Sarucco over haar ervaringen als hulpverleenster bij de opvang van slachtoffers van de Bijlmerramp schreef, is dat zij veel inzicht geeft in de

impliciete aannames in de werkwijze van de GGZ en de botsingen met cliënten, die vanwege hun culturele achtergrond andere verwachtingen hebben.

In de therapeutische praktijk zien we behalve individuele interacties ook steeds meer voorbeelden van een groepsaanbod. Over één van deze therapeutische praktijken gaat het laatste voorbeeld, een Turkse vrouwengroep met acculturatie als hoofdthema.

Interculturele verschillen in interacties -1-

Het onderzoek naar cultuurverschillen in de interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen (Boomstra & Kramer, 1997) gaat (nog) uit van het benadrukken van de cultuurverschillen. Dat model hebben we in de periode 1983-1992 beschreven als het vertoog over migranten. We veronderstelden problemen als gevolg van cultuurverschillen tussen hulpverleners en vluchtelingen. Ondanks verschillende opvattingen van hulpverleners en vluchtelingen zien we in dit onderzoek dat er wel degelijk aansluiting is voor vluchtelingen in de GGZ. Nu, in het perspectief van deze periode, kunnen we de uitkomsten anders interpreteren. Vluchtelingen in de hulpverlening voelen zich begrepen, stellen de aandacht van de hulpverleners zeer op prijs en als er cultuurverschillen zijn, denken ze dat ze die wel kunnen uitleggen. Hulpverleners lijken zich gemakkelijker met vluchtelingen te identificeren dan met migranten. Het denken in trauma en traumabehandeling helpt daar ook bij. We zullen nader ingaan op dit onderzoek, uit 1997.

Hulpverleners in zes verschillende sectoren, te weten drie verschillende typen GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werk, de GGD en VluchtelingenWerk en hun vluchtelingen-cliënten, vormen de respondenten. De drie typen GGZ zijn:

1. RIAGG's;
2. een specifieke opname afdeling voor vluchtelingen van een algemene GGZ instelling: de afdeling Phoenix van de Gelderse Roos;
3. ambulante GGZ van Pharos.

Met de hulpverleners en twee van hun cliënten werden interviews afgenomen over de aanmelding, diagnostiek en het verloop van de behandeling. De belangrijkste conclusies over de hulpverlening aan vluchtelingen, waren:

Complex maar te overzien

Het eerste dat opvalt, als we kijken naar hoe hulpverleners over vluchtelingen denken, is dat zij de problemen van vluchtelingen weliswaar complex vinden maar dat zij niet veel moeite hebben met het begrijpen van die problemen. Hulpverleners verdiepen zich in de achtergrond van vluchtelingen en zijn bijvoorbeeld op de hoogte van de onzekerheden in de asielprocedures.

Hulpverleners hebben verschillende concepten om de problemen van vluchtelingen te analyseren en die volstaan voor het geven van een verklaring voor de problemen. De begrippen, waarmee de hulpverleners werken, verwijzen zowel naar het verleden als naar de huidige situatie. Het gaat dan over gewelds- en vluchtervaringen, de onzekerheid in Nederland en het leven in ballingschap. De stress die met de verlieservaringen gepaard gaat, komt in de verklaringen van hulpverleners vaak voor. Sommige hulpverleners wijzen er op dat de vluchtelingen in de huidige situatie mogelijk wel meer stress ervaren dan in de periode voordat zij naar Nederland kwamen.

Cultuur is geen belemmering

Misschien is deze conclusie zelfs nog te voorzichtig geformuleerd. De hulpverleners in dit onderzoek werken graag met vluchtelingen, verdiepen zich in andere culturen en geven daar ook blijk van. In de spreekkamer kan de cliënt foto's aantreffen van verre landen, op de tafel staan folkloristische schaaltes uit de Derde Wereldwinkel of als souvenir van een verre reis meegenomen. In de instellingen, waar uitsluitend vluchtelingen komen, is in de inrichting van de wachtkamer en de overige ruimtes aandacht besteed aan herkenning van sfeer en voorwerpen. Maar dat geldt ook voor de individuele ruimtes van hulpverleners in reguliere instellingen. Cultuurverschillen worden wel benoemd maar op verschillende manieren worden daar oplossingen voor gevonden.

Betrokkenheid

In het verlengde van het overbruggen van de cultuurverschillen, ligt het benoemen van de betrokkenheid van de hulpverleners bij de vluchtelingen. De hulpverleners maken zich boos over de lange onzekerheid die de vluchtelingen in Nederland treft. Sommige hulpverleners schamen zich plaatsvervangend voor hoe de Nederlandse overheid naar vluchtelingen kijkt. Een andere kant van die betrokkenheid kan zijn dat hulpverleners zich te veel identificeren met de problemen van vluchtelingen en zich ook machteloos gaan voelen. Het zou ook zo kunnen zijn dat de inhoud van traumatische ervaringen zo heftig is, dat hulpverleners daardoor meer geïnvolveerd raken met de vluchtelingen. Sommige hulpverleners zijn naast hun werk ook in hun persoonlijke leven bezig met interculturele thema's, bijvoorbeeld door zich in te zetten voor de strijd voor mensenrechten en emancipatie van migranten.

Verskillende opvattingen

De grootste verschillen in de begrippen tussen hulpverleners en vluchtelingen in dit onderzoek zijn te zien in de focus op intrapsychische problemen versus de context als verklaring voor problemen van vluchtelingen. Hulpverleners verschillen onderling in het hanteren van de grenzen op deze dimensie. Sommige hulpverleners richten zich uitsluitend op de spanningen en emoties, die het individu ervaart, ongeacht de inhoud van de ervaringen, die daaraan ten grondslag liggen. Dit is te verklaren door naar psychologische concepten te kijken. Er zijn echter ook hulpverleners, die vinden dat het tot hun taak behoort om interventies te bedenken, die de positie van vluchtelingen kunnen versterken. Daarbij kan men denken aan het benaderen van advocaten in de asielprocedure, het geven van medische verklaringen ten behoeve van de asielprocedure of interventies op sociaal gebied: huisvesting, werk, sociale contacten.

Veel vluchtelingen benoemen de context in de verklaring voor hun problemen. Zeker als zij nog niet zeker zijn van hun juridische status in Nederland. Maar ook andere sociale problemen worden genoemd. Sommige vluchtelingen zijn zich er van bewust dat psychologische mechanismen een rol spelen of zij nemen die focus over. Dit lijkt een algemeen mechanisme: hulpverleners proberen hun cliënten inzicht te geven in de eigen interpretatie van problemen en de mogelijkheid er anders naar te gaan kijken. In dit onderzoek is geen vergelijking gemaakt met een andere doelgroep, waardoor we

niet kunnen concluderen of de verschillen tussen hulpverleners en vluchtelingen (in hun opvattingen over de problemen) groter zijn dan bij andere groepen.

Vluchtelingen zijn kennelijk andere migranten

In 1997 zijn de verschillen tussen migranten en vluchtelingen (nog) groot. Een aantal instellingen in dit onderzoek werkt uitsluitend met vluchtelingen. Hulpverleners verwijzen nauwelijks naar begrippen, die eerder in de bespreking van migranten in de psychiatrie wel naar voren kwamen. Cultuur heeft hier een andere invulling dan in het beeld over migranten. Het gaat over ontworteling, leven in ballingschap, de betekenis van politieke strijd. En een aantal aspecten van cultuur, die bij migranten naar voren kwamen, zoals somatiseren, wintje en religie wordt nauwelijks genoemd.

De achterstelling in de samenleving en de confrontatie met uitsluiting en discriminatie zijn wel begrippen, die, net als bij migranten, ook bij vluchtelingen gebruikt worden.

Zijn vluchtelingen getraumatiseerd?

Het concept Post Traumatische Stress Stoornis komt zowel expliciet als impliciet terug in het denken van hulpverleners over de problemen van vluchtelingen. Het geeft betekenis aan de impact van ervaringen, zowel in het verleden als in het heden. Net als bij andere slachtoffers, denken hulpverleners aan verwerking, in fases, die de cliënt steeds meer controle geeft over zijn of haar gevoelens.

Opvallend is dat dit concept gebruikt wordt door hulpverleners met uiteenlopende disciplines, van psychiaters tot medewerkers van VluchtelingenWerk.

Maatschappelijke factoren

De meeste hulpverleners zijn goed op de hoogte van de achtergrond van vluchtelingen in algemene zin omdat zij het nieuws over internationale conflicten gevolgd hebben, soms omdat zij zich in de cultuur van landen waar vluchtelingen vandaan komen, hebben verdiept. Ook van de asielprocedure zijn hulpverleners op z'n minst globaal op de hoogte. Niet iedereen heeft een AZC van binnen gezien maar er zijn veel verwijzingen naar de problemen, die in de huidige situatie van vluchtelingen een rol kunnen spelen.

Samenvatting

Het onderzoek naar de cultuurverschillen tussen hulpverleners en vluchtelingen laat zien dat de meeste interacties succesvoller verlopen dan van tevoren op basis van onderzoek met migranten was verwacht. Er zijn wel verschillende verklaringen voor het ontstaan van psychische problemen, er zijn verschillende verwachtingen over de communicatie en rollen van behandelaar en cliënt maar er worden weinig conflicten gemeld.

Interculturele verschillen -2-

Op dat laatste thema, interculturele conflicten, geeft Rezvanmehr op het symposium Culturen binnen Psychiatriemuren in 1999 een aanvulling op basis van onderzoek naar interculturele conflicten in de psychiatrie. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 22 verpleegkundigen, waar onder 3 allochtonen.

Interculturele problemen in de verpleegkundige praktijk zijn te ordenen in vijf onderwerpen: interculturele communicatie, normen en waarden, rolopvattingen, maatschappelijke positie en conflictgedrag. Per onderdeel vat Rezvanmehr de opvattingen van verpleegkundigen samen en waar mogelijk noemt zij de strategieën, die betrokkenen gebruiken om problemen op te lossen.

Interculturele communicatie

Interculturele communicatie kent verschillende aspecten. Een technisch aspect betreft het onvoldoende spreken van elkaars taal. Ook is het mogelijk dat men elkaars boodschappen niet begrijpt omdat de inhoud van die boodschappen te complex is of dat de boodschappen verschillend geïnterpreteerd worden. En tenslotte is er een affectief aspect als eenzelfde uiting andere emoties oproept. Dat is het geval bij het niet herkennen van bepaalde belevingen van de cliënt door de verpleegkundigen, zoals beledigingen en discriminatie. Als strategieën om interculturele communicatie beter te laten verlopen, kan men denken aan het inschakelen van een tolk, eenvoudig spreken en meer tijd aan een gesprek besteden.

Normen en waarden

Verschillen in normen en waarden ziet Rezvanmehr in het te laat komen, de normen over hoe familie zich dient te gedragen en hoe feedback wordt opgevat. Patiënten ervaren de feedback, volgens de verpleegkundigen, als gericht op de gehele groep en niet op de patiënt als persoon. Patiënten ervaren de feedback van verpleegkundigen als ongeleefd en ongewenst gedrag van de verpleegkundigen. Met deze verschillen zou men soepeler om kunnen gaan en de verschillen proberen te accepteren.

Rolopvattingen:

De patiënt kent een bepaalde status toe aan de rol van verpleegkundige. Er zijn verschillende rolopvattingen over hoe mannen en vrouwen zich dienen te gedragen, waar de grens tussen persoonlijke en zakelijke contacten wordt getrokken en over de ziekerrol. Per cultuur kan een ziekerrol verschillend ingevuld worden. Dat is te zien in wel of juist niet naar buiten gaan als je ziek bent (maar geen koorts hebt). En andersom wordt door de verpleegkundigen somatiseren een veel voorkomend probleem bij allochtonen genoemd. Over de rolproblemen kan men proberen uitleg te geven, vragen te stellen, duidelijk te zijn en de cliënt proberen te helpen zelf een oplossing te vinden.

Maatschappelijke positie

Verpleegkundigen vinden dat ze geen invloed op de maatschappelijke situatie van allochtonen hebben terwijl zij deze situatie wel belangrijk vinden in het ontstaan van psychische klachten. De verpleegkundigen kunnen meeleven met de cliënten en proberen de cliënt te helpen zelf oplossingen te vinden.

Conflictgedrag

Volgens de verpleegkundigen vertonen allochtone cliënten vermijdingsgedrag tijdens het conflict en de verpleegkundigen ervaren irritatie door 'het gezeur over lichamelijke pijn'. De verpleegkundigen krijgen geen greep op het conflict en zij proberen afstand te houden, zichzelf te beschermen. De drie allochtone

verpleegkundigen hadden persoonlijk geen conflicten met allochtone cliënten meegemaakt. Ze denken dat de vertrouwensrelatie die zij met deze groep(en) opbouwen daar invloed op heeft. Cliënten tonen weinig motivatie om conflicten op te lossen omdat zij vaak onder dwang opgenomen worden, zich afwachtend opstellen en geen duidelijke hulpvraag hebben. Hulpverleners hebben een zwakke motivatie voor het oplossen van conflicten omdat zij te weinig kennis over andere culturen hebben en de allochtone cliënten een kleine groep vormen in dit ziekenhuis. Voor conflictoplossing zoeken verpleegkundigen agogische interventies zoals ruimte bieden, uitleg geven, gedrag bespreekbaar maken en zo nodig een gesprek met de arts regelen. De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat interculturele hulpverlening een probleem is in de psychiatrie.

Allochtone cliënten vermijden conflicten, dat gedrag is bij autochtone verpleegkundigen niet bekend. Hierdoor vinden verpleegkundigen het moeilijk om conflicten bespreekbaar te maken, ze raken gefrustreerd en gedemotiveerd om met de cliënt te werken. Verpleegkundigen zijn niet voorbereid om behoeften van cliënten duidelijk te krijgen. Ook vinden zij het gedrag van de cliënt moeilijk te begrijpen en dit veroorzaakt bij hen onzekerheid. Vaak zijn de verpleegkundigen zich er niet bewust dat het om een intercultureel conflict gaat (Rezvanmehr, 1999, p55).

Een voorwaarde om tot oplossingen te komen ter verbetering van het omgaan met allochtone hulpvragers ziet Rezvanmehr in beleid van de instelling op het gebied van scholing, consultatie en voorlichting over de allochtone patiënten aan de verpleegkundigen.

Versterken van veerkracht

Bala gaat in op beschermende factoren en coping strategieën als bronnen van veerkracht en op interventies, die de veerkracht kunnen versterken (Bala, 1999). Het gaat dan om hoe mensen overleven in plaats van hen te zien als slachtoffers. Het versterken van protectieve factoren kan door middel van:

- herstellen of vinden van een meer positief zelfbeeld;
- terugvinden van het gevoel van controle en zelfbeschikking;
- ondersteunen van positieve gezinsinteracties;
- aanmoedigen van gezinsleden om externe steunbronnen te gebruiken;
- uitbreiding of verrijking van probleemoplossende vaardigheden.

Bala concludeert dat therapie met vluchtelingen een voortdurend balanceren vraagt. Overbetrokkenheid bij de kwetsbare kant óf de veerkracht, teveel of te weinig benadrukken van één van de vele aspecten van de complexe problemen van vluchtelingen, kan de therapie uit balans brengen. Er is een dynamische wisselwerking tussen stress, risico- en beschermende factoren en coping. Het weer in balans brengen van de verstoorde balans tussen stress en beschermende factoren kan gezien worden als een voorwaarde voor de integratie van traumatische ervaringen en onverwerkte rouw. Zo wordt de therapie een voortdurende 'balancing act' tussen de factoren die risico voor ontwikkeling herbergen en factoren die een adequate aanpassing stimuleren (ibid., p70).

Culturele botsingen

Sarucco beschrijft haar persoonlijke ervaringen als 'allochtone hulpverlener' (haar eigen woordkeuze) tijdens de Bijlmerramp van 1992. In deze beschrijving (Sarucco, 1994) valt op dat er heftige confrontaties zijn, niet alleen tussen hulpverleners en slachtoffers maar ook tussen hulpverleners en collega's of werkgevers. Er zijn ook heftige emoties rond het 'wij-zij' denken en bij allochtonen onderling, die elkaar niet vertrouwen. We zijn wel gewend aan publicaties over cultuurverschillen tussen hulpverleners en allochtone cliënten maar de toon is hier veel heftiger. We zullen daar enkele voorbeelden van geven. Misschien is de context van dit verhaal belangrijk voor een verklaring van die heftigheid. De ramp met het El-Al vliegtuig had een enorme impact en raakte een groep bewoners in de Bijlmer, waaronder veel Ghanezen. Deze mensen hadden mogelijk daarvoor nooit met hulpverleners te maken gehad en uitten zich directer. De hulpverleners waren ook uit hun vertrouwde omgeving: ze werkten in een sporthal waar eerste opvang werd geboden. Zij konden minder vasthouden aan normale regels en handelden mogelijk meer intuïtief.

Opvallend is dat Sarucco, een vrouw met Surinaamse ouders die naar Curaçao verhuisden en die sinds 1970 in Nederland woont, tot het moment van de Bijlmerramp bij de SPD voor vluchtelingen werkte en werd gevraagd met andere 'allochtone' hulpverleners een team te vormen voor de hulp aan de slachtoffers. Ineens was er dus een allochtoon team, dat geacht werd aan te kunnen sluiten op de behoeften van de overwegend 'allochtone' slachtoffers. Ook voor Sarucco is het benadrukken van haar migratiegeschiedenis in de vorm van 'allochtone' hulpverlener, ondanks het feit dat zij al jaren met vluchtelingen werkt, een nieuwe ervaring. Voor veel slachtoffers van de Bijlmerramp vertegenwoordigde zij iets waarin zij zich herkenden.

Het was niet "allochtoon en vreemd", het was juist "allochtoon en (meer) eigen" (ibid., p50).

In de sporthal raakt een Ghanese vrouw in paniek omdat zij nu al een paar dagen niets van haar zoon heeft gehoord. Sarucco vraagt zich af of zij ook naar haar toe zou moeten gaan, net zoals andere omstanders doen om haar te troosten. Zij bedenkt, relativerend als een professional, dat ze beter af kan wachten maar voelt zich eigenlijk schuldig. Nadat de zoon zich meldt, hebben moeder en zoon een gesprek en Sarucco moedigt hen aan zich te uiten en hun gevoelens te bespreken. Tegelijkertijd vraagt zij zich, in een fractie van een seconde, af

hoe kan ik nou als allochtoon een Ghanese goed helpen?' en zonder nadenken omhelst zij haar en zegt: 'ik begrijp hoe moeilijk het is, wij zwarten moeten altijd hard vechten...'. De vrouw begint hevig te huilen en ook haar zoon omhelsde hen, 'het was hartverwarmend' (ibid., p51).

Een andere Ghanese vrouw, die na de ramp niet meer kan slapen en soms helemaal afwezig raakt, komt bij haar onder behandeling. Op een gegeven moment, noemt zij Sarucco zelfs

mamma, 'waar ik van schrok' (ibid., p52).

Zij was voor haar meer eigen geworden en zei dat

een groot deel van jullie gebruiken overeen komen met de onze, want vele Surinaamse slaven zijn afkomstig uit Ghana (ibid., p52).

Sarucco denkt dat veel hulpverleners deze ervaringen hebben met allochtone patiënten. Voor haar als (zwarte) allochtone hulpverlener had dit ook beperkingen want het was niet altijd goed mogelijk de verzoeken van slachtoffers af te wijzen. Zij raakt betrokken in een situatie waar Antillianen met elkaar in conflict zijn en raadt haar collega psychiater, die Surinaams is, aan –als zij vragen waar hij vandaan komt- te zeggen dat hij uit India komt. De Antillianen waren boos op Nederlanders en zagen de Surinamers als degenen, die een voorkeursbehandeling hadden gehad. Zo ziet zij dat zij positief gebruik kan maken van ervaringen in de Caribische samenleving, dit keer wat betreft de kennis van de sociaal- maatschappelijke verhoudingen en de gevoeligheden die bestaan tussen verschillende bevolkingsgroepen. Zij vat haar ervaringen als volgt samen:

Mijn persoonlijke ervaringen waren zeer waardevol. Ervaringen rondom de kwestie van (dubbele) loyaliteiten i.c. conflicterende eisen: professionele hulpverlener zijn of vrijwilliger en moeten werken met de algemene opvattingen van de Nederlandse samenleving (allochtoon=allochtoon) en geconfronteerd worden met de eindeloze nuances (kleur- en klasseverschillen) die in de eigen cultuur een rol spelen. Centraal staat de discrepantie tussen opvattingen over professionaliteit bij de Nederlanders en opvattingen over professionaliteit bij de betrokken etnische minderheidsgroepen waar andere waarden en normen een rol spelen bij de definiëring van het begrip professioneel (betrokkenheid / afstand/ inzet/ flexibiliteit). Men noemt het ook wel de 'witte saboteur'. Terugkijkend mag ik stellen dat taal, cultuur en inzicht in sociaal-maatschappelijke verhoudingen grote voordelen en vereisten waren, met andere woorden de etniciteit van de hulpverlener. Etniciteit speelt zeker geen rol bij de symptomatologie, maar wel degelijk bij de beleving, de presentatie van de klachten, de verwerking van de rouw, het laten zien van verdriet en de manier van bespreekbaar maken. Er was een oergevoel van solidariteit (elkaar trouw blijven). Beperkingen konden zijn je sociale klasse, religie, huidskleur. Maar er was ook een gedeeld gevoel van saamhorigheid, dit is het bij elkaar horen en dienovereenkomstig handelen (Sarucco, 1994, p55).

Groepstherapie

Demiralay en Koster beschrijven de achtergrond van Turkse vrouwen van de tussengeneratie. Zij selecteren twee keer een groep van zes, respectievelijk acht vrouwen, die in aanmerking komen voor deelname aan de tussengeneratie Turkse vrouwengroep.

Thema's die met de vrouwen besproken worden zijn:

- verschillende gewoontes in gastvrijheid: de vanzelfsprekendheid dat gasten mee-eten en de norm in veel Nederlandse gezinnen dat je alleen mee-eet, als dat van tevoren aangekondigd is;
- subassertiviteit: de meeste deelnemers waren nogal subassertief;
- het gewicht van eer, waarbij deelnemers 'heftig verklaarden dat meisjes en jongens hetzelfde mogen behalve als het gaat om de eer;
- de hoofddoek, die vaak leidt tot vooroordelen en discriminatie. De vrouwen praten erover hoe ze denken dat 'de' Nederlanders naar hen kijken, bijvoorbeeld: als je een hoofddoek draagt loop je achter (Demiralay & Koster, 1999, p611-612).

De vrouwen leren in de groep dat zij niet de enigen zijn die last hebben van hun situatie. Zij zijn zich meer bewust geworden van de wijze waarop zij gesocialiseerd zijn en van hun migrantenbestaan in Nederland.

4.7. Praktijkervaringen

Vanaf 1990 werkte ik niet langer in Amsterdam maar in Gouda. Marokkaanse migranten zijn daar al jaren de grootste groep, aangevuld met kleinere groepen vluchtelingen en later ook asielzoekers, door de vestiging van een AZC in Waddinxveen. In mijn werk als gezinsbegeleider op een Medisch Kleuter Dagverblijf, kwam ik enkele Marokkaanse gezinnen tegen maar de rest van mijn cliënten was 'van de koude grond'. Met asielzoekers en hun kinderen kwam ik veelvuldig in contact, toen ik als psycholoog bij Bureau Jeugdzorg en later de RIAGG ging werken, ook in Gouda. Een aantal thema's uit de theoretische modellen zal ik illustreren aan de hand van problemen van vluchtelingen en asielzoekers en de mogelijkheden hen in de jeugdzorg en -GGZ hulp te verlenen.

De groep vluchtelingenkinderen was relatief klein en bestond voor een deel uit kinderen van asielzoekers en kinderen van vluchtelingen. In 1995 werd een consultatieteam voor vluchtelingenkinderen opgericht, waarvan ik jarenlang de coördinator ben geweest. Het met betrokken hulpverleners, medewerkers van VluchtelingenWerk en Pharos bespreken van vluchtelingenkinderen en hun gezinnen was een eerste stap in de deskundigheidsbevordering ten aanzien van deze groep. Niemand had alle kennis en wijsheid in pacht maar in onderling overleg gingen we steeds meer begrijpen van de problemen van deze gezinnen. Na verloop van tijd kwamen er ook steeds meer aanmeldingen van vluchtelingen bij de Kinderen- en Jeugdafdeling van de GGZ. Vanwege de vestiging van een groot AZC in de regio en een project rond toegankelijkheid van Bureau Jeugdzorg heb ik me enkele jaren vrijwel uitsluitend gericht op deze doelgroep.

Toen ik Ruben de eerste keer gesproken had en hij terugliep naar de unit op het AZC, zag ik hem weglopen als een oude, gebroken man terwijl hij toch pas 14 jaar was. Dit gezin had zoveel geweld meegemaakt dat ze 'kapot' waren.

Ruben is de oudste zoon van een echtpaar uit Azerbedzjan. Hij heeft nog een twee jaar jongere broer, Tahir en woont met zijn beide ouders in het AZC. Ruben slaapt 's nachts vrijwel niet, wordt wakker van de nachtmerries die hij zelf heeft of die zijn vader heeft. Zijn moeder is vooral bezorgd over hem, bang dat hij gek zal worden en zij zoekt wanhopig hulp voor hem. Hij kan

niet veel vertellen over wat hij heeft meegemaakt. Toen zijn vader enkele weken van huis was, heeft een groep mannen het gezin overvallen. Zij hebben de jongens opgesloten en moeder zwaar mishandeld. De jongens hebben van alles gehoord en de gevolgen gezien: het gezin is gevlucht. Moeder verzorgt zichzelf sinds die tijd slecht. Vader is vermoeid, wil niet over de problemen praten. Ruben gaat naar school maar valt daar in slaap. Ik ben begonnen met de begeleiding van Ruben op school, om er voor te zorgen dat er meer begrip kwam voor zijn vermoeidheid. De school bleek zelfs bereid hem in de middag even te laten slapen. Vervolgens hebben beide jongens mee gedaan aan een groepsprogramma, dat we speciaal voor jongeren op het AZC hadden ontwikkeld.² In de groep bleek Tahir een onverwachte gangmaker, hij kon met veel humor reageren. Ruben was aanwezig maar zei vrijwel niets. Na verloop van tijd kwam er wel iets meer ontspanning en hij heeft de tweede keer dat de groep draaide nogmaals mee gedaan. Toen was hij veel meer aanwezig. Omdat zijn nachtmerries hem bleven achtervolgen, heeft hij vervolgens EMDR gedaan, een gerichte trauma behandeling. Dat werd vervolgd door individuele gesprekken. Na anderhalf jaar sloten we de hulpverlening af omdat het gezin verhuisde. Later is er nog contact geweest toen Ruben zelfstandig wilde gaan wonen.

In dit gezin is de ontwrichting het gevolg van geweld in Azerbedzjan. Zonder het te vertellen is wel duidelijk dat moeder slachtoffer is van ernstig geweld, waarschijnlijk ook van verkrachtingen. Zij werkte als onderwijzeres maar heeft zich na de geweldservaringen niet meer kunnen herstellen. Eenmaal gevlucht is het leven op een AZC heel zwaar. De kleine ruimte en twee gezinsleden die lijden onder nachtmerries, maken het leven voor het hele gezin een uitputtingsslag. Bij ouders en Ruben tekenen de wallen onder hun ogen hoe zwaar vermoeid zij zijn. Dit gezin heeft baat bij een 'multidisciplinaire aanpak': diverse hulpverleners van de GGZ en van andere instellingen, het Algemeen Maatschappelijk Werk en medewerkers van het COA, de Medische Opvang en school worden betrokken. De hulp richt zich zowel op praktische zaken zoals een uitbreiding van de woonruimte in het AZC op medische gronden, te weten een eigen kamer voor Ruben, ondersteuning in het naar school gaan als op steun voor moeder om over haar ervaringen te praten en in latere instantie trauma verwerking van Ruben. Die therapie zou voor moeder ook geschikt zijn maar zij wil er niet aan beginnen. Haar leven is verwoest, zij wil alleen nog investeren in de gezondheid van haar kinderen.

Abstracter gezegd zien we in de hulpverlening aan dit gezin verschillende paradigma's door elkaar lopen: Trauma en traumabehandeling, aandacht voor de psycho-sociale problemen, materiële hulp, veerkracht vergroten en coping versterken.

Net als uit onderzoek, blijkt ook in de praktijk dat niet iedereen klachten of problemen krijgt, als hij of zij ingrijpende ervaringen meemaakt. Bobby is een voorbeeld van een jonge asielzoeker die voldoende veerkrachtig leek om hier zijn leven op te bouwen.

² Beschreven in Rohlof & Haans (2005)

Bobby is 17 jaar, gevlucht uit Sierra Leone, zonder familieleden. Hij woont met drie andere jongens in een unit op het AZC. Hij maakt gemakkelijk contact, heeft op school al snel een plekje veroverd en de meisjes zijn dol op hem. Hij heeft nauwelijks tijd om zich op huiswerk te richten en geniet van de vrijheid. In de groep, waar hij enthousiast aan meedoet, zoekt hij vaak even individueel contact om te overleggen over beslissingen, die hij moet nemen of om even iets voor te leggen. Hij geniet van de aandacht, die hij van de groepsbegeleiders krijgt. Als het AZC sluit, lukt het hem om een eigen woonruimte te vinden in Gouda. Hij heeft inmiddels een baantje als kok in een restaurant en als ik hem op straat tegen kom, wat nog regelmatig gebeurt, is hij altijd even enthousiast over wat we samen hebben gedeeld: de groepsbijeenkomsten. Hij lijkt z'n leven weer opgepakt te hebben.

Bobby is een voorbeeld van een jongen die weliswaar heel veel heeft meegemaakt maar die veerkrachtig genoeg lijkt om de veranderingen op te vangen. Dat kan een hulpverlener zich bijna niet voorstellen. Hoe zou je, zonder ouders, zo ver van huis, een normaal bestaan kunnen leiden? In het onderzoek naar stijlen van coping onder asielzoekers (Kramer, Bala, van Dijk & Öry, 2003) komen we dit patroon ook tegen. Het zijn de voorbeelden van de ontdekkingsreizigers, die inspelen op een onvoorspelbare wereld en in hun omgeving op zoek gaan naar kansen. Bij kinderen en jongeren heb ik vaak de indruk gehad dat de eerste jaren van een kind als beschermende basis kunnen dienen. In veel gevallen hadden kinderen in hun eerste levensjaren rust en liefdevolle ouders. Dat geeft waarschijnlijk de veerkracht om ingrijpende ervaringen op te vangen.

4.8. Samenvatting

In de periode 1993-2002 wordt het overheidsbeleid over immigratie gedomineerd door de toestroom van asielzoekers naar Nederland. In de nieuwe Vreemdelingenwet (2000) wordt de nadruk gelegd op tijdelijkheid van bescherming, die eventueel later permanent kan worden. Tegen 2002 speelt de opkomst van Fortuyn een belangrijke rol in de debatten over integratie. De verkiezingen van 2002, 9 dagen na de moord op hem, zijn door dit thema volledig overgenomen. Het is bijna onmogelijk nog iets positiefs over integratie te zeggen, zeker als er nog een moord, die op van Gogh in 2004 overheen komt. Maar ook voor die gebeurtenissen is er al een kritisch geluid over integratie. Het artikel van Scheffer, 'het multiculturele drama', wordt zelfs in de Tweede Kamer in debat gebracht. Men beoordeelt het minderhedenbeleid negatief of op z'n minst ambivalent. Het minderhedenbeleid heet vanaf 1994 officieel integratiebeleid.

In het zorgsysteem zien we dat reguliere instellingen migranten hulp verlenen, soms in aparte teams. Voor vluchtelingen en asielzoekers zijn er wel aparte voorzieningen en tussen migranten- en vluchtelingenhulpverlening bestaat een grote kloof.

In het algemeen geldt dat er steeds meer een beroep gedaan wordt op de zorg en dat leidt tot maatregelen om de kosten te beheersen. Allochtonen maken nog niet in alle opzichten op een gelijke manier gebruik van de zorg, per stad en

per type voorziening zijn er verschillen. Gegevens over de psychische problemen van migranten, die niet in zorg komen, zijn er niet. In de verslavingszorg zien we dat migranten die verslaafd zijn – en dat zijn er relatief veel – geen gebruik willen maken van de voorzieningen voor verslavingszorg.

In het vertoog over de doelgroep valt, behalve het verschil tussen migranten en vluchtelingen, op dat de migranten in subgroepen verdeeld worden. Bovendien worden Surinamers, Turken en Marokkanen steeds meer als niet-anders dan autochtonen gezien. De manier waarop zij met hun klachten omgaan zou weinig verschillen van Nederlanders, die hier al langer zijn. De migrantengroepen zijn natuurlijk ook steeds meer gemengd geworden, de tweede generatie is qua omvang aanzienlijk.

Als de doelgroep steeds meer overeenkomsten gaat vertonen met autochtonen dan zou je kunnen verwachten dat er weinig andere theoretische modellen nodig zijn om hun problemen te begrijpen. Dat is toch niet helemaal het geval. Er wordt in deze periode juist veel aandacht besteed aan culturele gevoeligheid, cultuurverschillen in depressie, emoties en autonomie. De hulpverleners zoeken de problemen vaak bij zichzelf, ze zoeken oplossingen om de kloof tussen hen en migranten te overbruggen. In die modellen zijn het vaak wel weer homogene groepen.

In de therapeutische praktijken zien we de voorbeelden van het (kunnen) overbruggen van cultuurverschillen. Maar die voorbeelden worden gewantrouwd, misschien zijn er subtiele verschillen, die we niet boven water krijgen. Er blijken ook conflicten zonder dat men zich daar van bewust is.

Tenslotte willen we nog een opmerking maken over de pogingen interculturalisatie door de overheid te laten steunen. In geen andere periode is de roep om structureel beleid zo sterk geweest. Er gebeurt veel op de werkvloer maar het zou geen overlevingskansen hebben als de overheid interculturalisatie niet gaat overnemen. Hulpverleners worden steeds meer humeurig en vragen zich af of hun inspanningen wel vruchtbaar zijn. Zo schetst van Meekeren een somber beeld

Veel allochtonen kloppen te laat aan bij de GGZ. Hulpverleners die weinig weten van allochtonen, bekijken hen door een westerse bril. Verschillende problematieken krijgen dezelfde diagnose. Interculturalisatie is de dagorder maar sorteert minimaal effect (van Meekeren, 1998, p5).

En van Dijk vraagt zich, op hetzelfde congres, af of

de langzamerhand vertrouwde litanie van knelpunten een funderingsmythe is. Of een bezwering. Toch roept het de vraag op of er wel vorderingen worden geboekt in de migrantenhulpverlening (van Dijk, 1998, p6).

Het roept ook de vraag op naar de constructie van de allochtone cliënt in de geestelijke gezondheidszorg.

Een constructie met als as: niet-verstaanbaar, niet-begrijpbaar, niet-invoelbaar, niet behandelbaar. De allochtone cliënt als een negatief van de geïdealiseerde autochtoon (ibid., p6).

Uiteindelijk komt die overheidssteun er ook nog. In 2000 stemt Borst in met een subsidie voor interculturalisatie. Het is te kort, tot 2002, om te weten of het iets opgeleverd zou hebben. Voor velen zou 2002 een jaar van grote veranderingen inluiden, waar we in hoofdstuk 5 verder bij stil staan. Aan het einde van deze periode kunnen we wel concluderen dat migranten en vluchtelingen hun plek in de GGZ hebben gevonden. Steeds meer hulpverleners hebben op de één of andere manier met hen te maken. Over asielzoekers lopen de meningen van hulpverleners en instellingen in de zorg nog wel uiteen.

Hoofdstuk 5 De periode 2002-2009

5.0. Inleiding

De markering van de laatste periode is opnieuw een overgang, niet een enkel moment of feit. We hebben als markering gekozen voor de thema's in en de toon van de verkiezingscampagnes in 2002, de moord op Fortuyn en de verkiezingen, 10 dagen later, twee kabinetten Balkenende en de 'nieuwe politiek' vanaf 2002. Niet alleen het overheidsbeleid maar ook de publieke opinie over immigratie en integratie verandert sterk van toon. Voor het beleid op het terrein van de gezondheid heeft de wisseling van minister Borst naar minister Hoogervorst grote gevolgen.

In het zorgsysteem zien we een nog verder doorgevoerde marktwerking. Dat heeft allerlei gevolgen, zoals meer nadruk op bewezen effectiviteit van behandelingen en aanscherpen van indicaties voor het verkrijgen van zorg. Standaardisering lijkt een bedreiging voor interculturalisatie maar vraaggerichte zorg en marktwerking bieden ook de ruimte voor nieuwe initiatieven in de zorg.

Het zorggebruik wordt nu jaarlijks in tabellen door het Trimbos Instituut in kaart gebracht en we weten meer over het zorggebruik van migranten dan in voorgaande periodes. In deze periode verschijnt een aantal studies naar zorggebruik van specifieke groepen. Het gaat veelal om algemene onderzoeken naar gezondheidsverschillen en zorggebruik. Maar er wordt ook melding gemaakt van het zorggebruik door allochtonen van de GGZ. We zullen de studie van Verkleij en Verheij (RIVM&NIVEL, 2003) en het rapport 'Bewijs voor verschil' van ZonMw (2003) gebruiken voor de analyse van het zorggebruik door migranten.

De groepen migranten en vluchtelingen zijn groter geworden en hun zorggebruik is toegenomen. Tegelijkertijd is het minder duidelijk wie we tot die doelgroep moeten (blijven) rekenen. Vandaar dat we bij de beschrijving van de doelgroep uitgebreid stil zullen staan bij vragen rond registratie en definiëring van allochtonen. Deze kwestie speelt op zich al langer maar nu kinderen of zelfs kleinkinderen tot de doelgroep worden gerekend, hebben de vragen een andere betekenis.

De theoretische modellen worden beschreven aan de hand van:

- *Cultuur, Migratie en Gezondheid* (CMG) dat sinds 2004 verschijnt
- Twee themanummers van het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid in 2002, *Nieuwkomers* en in 2005, *Migranten*.
- een aantal congressen over migratie en gezondheid.
- *Interculturalisatie in de Jeugd-GGZ* (Beundermann e.a. 2007).

In de therapeutische praktijken staan we stil bij psychotherapie, interculturele ontmoetingen en respect, succesvolle therapieën voor migrantengezinnen en groepsbehandelingen.

5.2. Overheidsbeleid

De veranderingen in het overheidsbeleid en de publieke opinie in zake immigratie en integratie zijn niet gekoppeld aan één moment of een specifieke gebeurtenis. We hebben in hoofdstuk 4 al beschreven dat in de voorgaande periode de integratie van minderheden steeds meer ter discussie werd gesteld, het overheidsbeleid strenger werd en ook het asielbeleid steeds restrictiever werd. Fortuyn maakt het onderwerp integratie een speerpunt in zijn verkiezingscampagne.

In de aanloop naar de verkiezingen worden verhitte debatten gevoerd tussen Fortuyn en andere lijsttrekkers. Ze komen abrupt tot een einde als hij op 6 mei 2002 wordt vermoord. Tijdens de verkiezingen op 15 mei krijgt de Lijst Pim Fortuyn (LPF) een groot aantal zetels en komt daarmee in het kabinet dat op 16 oktober 2002 valt na wekenlange ruzies tussen de ministers Bomhoff en Heinsbroek (Blok, 2004, p52).

Integratiebeleid

Het integratiebeleid van de kabinetten Balkenende legt een sterk accent op

- inburgering, ook voor zogenaamde 'oudkomers';
- het tegengaan van segregatie in het onderwijs en de huisvesting;
- waarden en normen;
- preventief beleid voor gemarginaliseerde jongeren.

De coördinatie van het integratiebeleid wordt verlegd van het ministerie van Binnenlandse Zaken naar het ministerie van Justitie. Nawijn wordt minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie in het eerste kabinet Balkenende. Hij wordt in het tweede kabinet Balkenende, waar de LPF niet meer in vertegenwoordigd is, vervangen door Verdonk. De verplaatsing van de coördinatie van het integratiebeleid naar Justitie wordt besproken door enkele personen, die door de commissie Blok worden gehoord. Zij vinden het een verkeerde beslissing. Dijkstal, VVD Kamerlid en fractievoorzitter, denkt dat deze beslissing onder druk van de media en later ook door politieke druk is genomen. Hij had zich eerder kunnen voorstellen dat het integratiebeleid naar Sociale Zaken en Werkgelegenheid of naar Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen was gegaan (Blok, 2004, p55). Ook de heer Van Boxtel, tot 2002 minister voor Grootstedenbeleid is er niet gelukkig mee:

Ik heb geprobeerd om een koppeling te leggen met het grootstedenbeleid. Helaas is dat nu doorgeknipt. Het integratiebeleid is namelijk naar Justitie gegaan. Dat vind ik echt eeuwig zonde, vooral met het oog op de combinatie met ingrepen in de stad in fysiek en economisch opzicht. Wij waren net begonnen om dat goed te zwaluwstaarten: wij legden meer accenten bij de gemeentebesturen. Het was voor een groot deel een decentrale verantwoordelijkheid geworden. Dat proces zal voorlopig doorgaan (Blok, 2004, p55).

De strekking van het integratiebeleid is dat de migranten, die er al zijn, zich aan Nederland moeten aanpassen en dat er zo min mogelijk nieuwe migranten bij

moeten komen. Met integratie wordt assimilatie bedoeld en behoud van eigen taal en cultuur staat ter discussie. Eind 2002 wordt de motie Sterk aangenomen, waarin gevraagd wordt de verkrijging van het Nederlanderschap te koppelen aan een ceremonie. Het typeert de veranderingen: als migranten Nederlander willen worden, zullen ze trots moeten zijn op de Nederlandse identiteit, al weet niemand wat dat precies betekent. Dit is een gevoelig punt, dat prinses Maxima jaren later ondervindt als zij in een speech stelt dat **de** Nederlandse identiteit niet bestaat.

In de Rapportage Integratiebeleid Minderheden (2003) wordt gesteld dat op verschillende beleidsterreinen intensivering nodig is om de afstand tussen autochtonen en allochtonen te overbruggen. Daarbij gaat het om onderwijs, arbeidsmarkt, en ook cultuur.

Allochtone en autochtone burgers moeten de integratie zelf ter hand nemen; gedeeld burgerschap' en 'meedoen' zijn daarbij sleutelbegrippen.

Integratie van minderheden moet in samenhang gerealiseerd worden op alle terreinen van de samenleving: in het onderwijs, op de arbeidsmarkt, in de zorg, in sport en recreatie, in de actieve en passieve cultuurbeoefening en in de samenleving in de buurten en wijken.

Inburgering is het voorportaal van integratie (Rapportage Integratiebeleid Minderheden, 2003, in Blok, 2004, p59-60).

Een vernieuwing van het inburgeringstelsel wordt geïntroduceerd (bij wet van 2004): er worden ingrijpende voorwaarden gesteld aan inburgering en er komt een inburgeringsexamen. Inburgering had voorheen tot doel de arbeidsparticipatie te bevorderen maar nu wordt het accent verschoven naar de beheersing van de Nederlandse taal en de kennis over de Nederlandse cultuur. Zelfs voor mensen, die al een baan hebben maar geen in Nederland behaald diploma, geldt de eis van een inburgeringsexamen.

Over de verhouding tussen sociaaleconomische en sociaal-culturele integratie is in de loop der tijd verschillend gedacht. Steeds gaat het om de waardering van 'culturele eigenheid' van etnische minderheden. In de jaren zeventig werd het behoud van de eigen identiteit gezien als een een garantie om terug te keren naar het land van herkomst. In de jaren '80 zagen de meeste beleidsmakers een positief verband tussen culturele eigenheid en integratie omdat men zich dan in de eigen groep sterk zou kunnen voelen en de emancipatie van binnenuit, vanzelf zou komen. Dit idee werd waarschijnlijk ook zo populair omdat het aan verzuiling deed denken. Vroeger konden mensen binnen een zuil op allerlei niveaus hun leven inrichten, werken, onderwijs genieten, vrije tijd beleven en gezondheidszorg krijgen. In de jaren negentig zijn er al meer twijfels over het profijt voor integratie van het behoud van de eigen identiteit en uiteindelijk, in deze periode, benadrukt men dat migranten de Nederlandse identiteit moeten overnemen, wat deze ook mag zijn.

Verder beëindigt het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid veel specifiek op minderheden gericht arbeidsmarktbeleid. Subsidies voor sociaal-culturele instellingen worden ingetrokken tenzij de organisaties kunnen aantonen bij te dragen aan integratie. Het kabinet gebruikt harde woorden voor stevige maatregelen.

Het kabinet neemt in de brief Integratiebeleid Nieuwe Stijl afstand van het multiculturalisme als normatief ideaal, van de vrijblijvendheid van het verleden en van een overheid die etnische minderheden bij de hand neemt als waren zij een zorgcategorie. Gedeeld burgerschap, eigen verantwoordelijkheid, concrete en controleerbare doelen, vergroting van keuzemogelijkheden en, waar nodig, verplichtingen, zijn sleutelbegrippen van het Integratiebeleid Nieuwe Stijl (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29203, nr.1).

De presentatie van de resultaten over het integratiebeleid van de commissie Blok is typerend voor deze periode. Het genuanceerde rapport valt niet goed, men had verwacht dat de commissie zou oordelen dat integratie mislukt is. Politici van verschillende partijen buitelen over elkaar heen met statements die er op neer komen dat de integratie wel degelijk mislukt is, zelfs voor de inhoud van het rapport bekend is.

Immigratiebeleid

Ook op het terrein van immigratie wil de overheid af van een 'migrant-vriendelijk' imago en dat lijkt te lukken als Verdonk allerlei agressieve maatregelen voorstelt, die vervolgens niet haalbaar blijken te zijn omdat ze tegen de Grondwet ingaan. Verdonk voert de vreemdelingenwet van 2000 uit maar geeft daarbij wel bepaalde accenten. Terugkeer moet duidelijker in beeld komen. Niet alleen door haar beleid neemt het aantal asielzoekers, dat een nieuwe aanvraag doet in Nederland af. Die tendens zien we ook in andere Europese landen. De verschuiving van de binnenlandse grenzen naar de rand van Europa heeft effect op waar asielzoekers binnen (kunnen) komen.

Nederland wordt door mensenrechten organisaties enkele malen op de vingers getikt, bijv. op het punt van detentie van asielzoekers(kinderen). De kritiek wordt genegeerd en dat zegt mogelijk nog meer over het beleid dan de inhoud van de kritiek zelf.

Integratiebeleid na 2003

Het overheidsbeleid heeft dus een 'ruk naar rechts' gemaakt maar er worden wel enkele pogingen gedaan dat weer wat te corrigeren. De polarisatie van verschillende bevolkingsroepen kan integratie ook in de weg staan. Dat zien we bijvoorbeeld in het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) *Niet langer met de ruggen naar elkaar*, een advies over verbinden, van oktober 2005.

In het huidige overheidsbeleid wordt 'binding' op drie niveaus nagestreefd. Ten eerste het landelijk niveau van het algemene integratiebeleid, waarin het accent sterk op het sociaal-culturele aspect is komen te liggen. Ten tweede het stedelijke of mesoniveau, dat is gericht op het spreiden van burgers over wijken en scholen. Ten derde het microniveau van de georganiseerde ontmoeting, waar lokale projecten en programma's de boventoon voeren (RMO, 2005, p20).

In de tweede helft van zijn regeerperiode neemt het kabinet Balkenende II tevens een aantal 'zachtere' aspecten van integratie in het integratiebeleid op. Op 26 januari 2005 lanceert het kabinet het 'Breed initiatief maatschappelijke binding'. Het kabinet stelt dat binding 'meedoen' betekent, alsmede het hebben van 'kennis van de maatschappij, de rechtsstaat en van elkaar'. En bovenal van 'respect voor de eigenheid van anderen, zowel cultureel als religieus'. Zij introduceert daarbij maatregelen die in de eerste kabinetsperiode niet voor de hand lagen, zoals het wekelijks op televisie uitzenden van de preken uit moskeeën, het realiseren en versnellen van (universitaire) imamopleidingen in Nederland, het faciliteren van taallessen aan huis voor allochtone vrouwen met een taalachterstand en het versterken van de positie van ondernemers uit etnische minderheden (RMO, 2005, p22).

Op mesoniveau worden pogingen gedaan om verschillende bevolkingsgroepen te mengen. In het ruimtelijke beleid voor de (middel)grote steden wordt sinds het midden van de jaren '90 geprobeerd verschillende bevolkingsgroepen te mengen. Ook in het onderwijs probeert men via indirect spreidingsbeleid te mengen. Op microniveau trachten lokale partijen 'verbinden' te realiseren door het organiseren van projecten voor interetnische contacten.

In het RMO advies spreekt men over minderheden, vaak wordt ook allochtonen als aanduiding gebruikt, waarmee we zien dat er geen scherp onderscheid tussen migranten en vluchtelingen gemaakt wordt. Als er al een accent wordt toegekend aan een bepaalde groep, dan is dat de islamitische groep.

Bij de gemeenteraadsverkiezingen van 2006 trekt de Partij van de Arbeid veel allochtone kiezers. Daar wordt ambivalent op gereageerd door de partijleiding. Met de kabinetswisseling en het vertrek van Verdonk verandert het integratiebeleid en verschuift het naar Wonen, Wijken en Welzijn. Minister Vogelaar neemt nadrukkelijk afstand van haar voorgangster Verdonk.

Minister Vogelaar (Wonen, Wijken en Integratie) heeft zich vanmiddag in ongebruikelijk scherpe bewoordingen afgezet tegen het beleid van haar voorganger Rita Verdonk. Volgens Vogelaar heeft Verdonk 'ons opgescheept met een haast onuitvoerbare inburgeringwet'. Vogelaar noemt Verdonk als voorbeeld van de verharding van het integratiedebat waar tegen zij zich afzet. Verder stelt zij dat 'we Wilders hebben die de Koran wil verbieden. En Henk Kamp (VVD) lijkt aansluiting te zoeken bij het peloton'. De minister stelt dat het land beter af is met het kabinetsbeleid dan met 'de spierballentaal van die politici' (NRC, 13-11-2007).

Het artikel in NRC verschijnt bij de presentatie van de Integratienota 2007-2011 *Zorg dat je erbij hoort*. De nota schetst als grootste probleem het grote onbehagen over integratie aan autochtone en allochtone kant.

Voor veel autochtone Nederlanders zijn de snelle veranderingen in hun leefomgeving en de toenemende zichtbaarheid van de islam bedreigend. En veel allochtonen voelen zich niet geaccepteerd als burger van onze samenleving. De werelden waar autochtonen en allochtonen zich in

bewegen zijn grotendeels van elkaar gescheiden (VROM – Wonen, Wijken en Integratie, 2007, brief bij de Integratienota, p1).

De hoofdthema's van het integratiebeleid: maatschappelijke emancipatie en sociale integratie met een sterk accent op actief burgerschap worden in de nota uitgewerkt in concrete acties en beoogde resultaten. Er komt een deltaplan inburgering, de schoolprestaties van allochtone jongeren moeten verbeterd worden, er moeten meer werk, stageplaatsen en een prettiger leefomgeving komen. De wijkenaanpak is gericht op de grootste probleemgebieden. De sociale en culturele afstand moet overbrugd worden door

keihard nee te zeggen tegen eerdergerelateerd geweld tegen vrouwen. Door nee te zeggen tegen polarisering, radicalisering en haatdragendheid jegens minderheden van allerlei aard: homo's, moslims, joden, draagsters van hoofddoeken (ibid., p1)

Minister Vogelaar heeft het over 'spierballentaal van bepaalde politici'. Seegers (2007) gaat in een WRR publicatie in op de andere toon in het debat over immigratie en integratie.

Tot 2000 had het politieke debat een formele toon en werd bij debatten over minderheden / integratiebeleid vooral de wetenschappelijke onderbouwing van het beleid of de beleidsvoorstellen benadrukt. Politici hielden zich tot en met de jaren '90 aan een soort van onuitgesproken overeenkomst om het minderhedenvraagstuk niet als een dominant thema in de verkiezingsstrijd te gebruiken (Van Meeteren, 2005 in Seegers, 2007, p59).

In het debat over integratie werden de tegenstellingen tussen autochtonen en allochtonen vanaf 2000 juist vergroot. Het doorbreken van taboes wordt in het huidige debat gezien als noodzakelijk en dapper en politici

schetsen telkens opnieuw een negatief beeld van hoe in het verleden omgegaan is met de integratieproblematiek en van de gevolgen van deze aanpak voor de toekomst. Zij benadrukken dat zij nu wel het 'leef' hebben om, in tegenstelling tot de 'oude' politieke elite, de waarheid te zeggen die zo lang aan het volk onthouden is (Seegers, 2007, p60).

De opkomst van het populisme van met name de LPF, dat overgenomen werd door meerdere partijen, bracht een 'negatiever' vertoog met zich mee dat gericht was *tegen* de gevestigde orde en vooral de linkse politiek, *tegen* het multiculturalisme en *tegen* de invloed van niet-westerse culturen en van de islam in Nederland; onderwerpen die nu de kernpunten van de Partij Voor de Vrijheid (PVV) vormen (ibid., p62, haar cursivering).

Wat opvalt is niet zozeer de invoering van nieuwe maatregelen of het niet terugdraaien van de maatregelen, die in eerdere kabinetsperiodes zijn aangenomen maar de inhoud en toon van het politieke en publieke debat.

Culturele verschillen en met name de islam zouden de grootste obstakels vormen voor het slagen van de integratie van allochtonen in Nederland. De Nederlandse of westerse cultuur wordt daarbij

omschreven als open, tolerant en modern, terwijl niet-westerse culturen vaak worden gezien als intolerant, vrouwenonvriendelijk of 'achterlijk'. Harchaoui geeft als voorbeeld dat het dragen van een hoofddoek, vrouwenbesnijdenis en uithuwelijking vaak aangehaald worden als afwijkende culturele normen die de integratie van migranten belemmeren, terwijl deze praktijken betrekkelijk weinig voorkomen. Dit soort trends verscherpt volgens hem het debat en veroorzaakt daardoor politieke en maatschappelijke polarisatie: 'Zij' worden beschouwd als normlozen en 'wij' als degenen met een sterk normbesef (Harchaoui, 2004, in Seegers, 2007, p63).

In het debat is dus sprake van overdrijving en een hardere veroordeling van de aard van bepaalde verschijnselen. Bepaalde vormen van diversiteit worden gezien als onwenselijk en aanhangers van de 'harde benadering' eisen aanpassing van immigranten (Seegers, 2007, p. 64). Na Bolkestein, Fortuyn en Verdonk, loopt Wilders nu voorop in het uitvergrooten van de thema's, die hij en anderen als problematisch zien en de veroordeling van alles dat multiculturalisme zou aanmoedigen. Toch zien we ook al weer een tegengeluid ontstaan in de discussie.

De populistische golf waarin bijna alle partijen in de jaren na de eeuwwisseling meegetrokken werden en waarin vooral culturele integratie hét issue was, lijkt te zijn afgezwakt. Dat is te zien aan de ambivalentie die spreekt uit de verkiezingsprogramma's van een aantal partijen van 2006, waarin zij aan de ene kant vasthouden aan strenge eisen voor migranten en aan de andere kant beseffen dat niet-westerse culturen en de islam blijvende factoren in de samenleving zijn om rekening mee te houden en dat daar ook op een positieve manier tegenaan kan worden gekeken (ibid., p71).

Na de winst van de PVV bij de Europese verkiezingen van 2009, zien we dat politici zich nu realiseren dat de steun voor Wilders niet alleen in peilingen maar ook in daadwerkelijk stemgedrag tot uiting komt en dat zij een manier moeten vinden om een tegengeluid over het voetlicht te brengen.

In 2009 is de uitvoering van de pardonregeling voor asielzoekers bijna rond. Na de verkiezingen van 2006 wordt het Generaal Pardon een politiek onderwerp. In de verkiezingsperiode is het initiatief van een aantal burgers opgenomen om asielzoekers, die lang in de opvang hebben geleefd, soms uitgeprocedeerd zijn maar niet uitzetbaar, een status te verlenen. In de onderhandelingen van het kabinet Balkenende -Bos wordt over deze groep asielzoekers een afspraak gemaakt. In 2007 krijgt de pardonregeling gestalte als de 'Regeling nalatenschap oude Vreemdelingenwet', die Staatssecretaris Albayrak in de Tweede Kamer verdedigt. Zo'n 27.700 mensen mogen op basis van het generaal pardon in Nederland blijven (Trouw, 13-7-2009). En de

regeling leidt niet, zoals Verdonk had gedreigd, tot 200.000 nieuwe gevallen (Trouw, 14-5-2008).

Gezondheidsbeleid

We gaan nog één keer terug naar het begin van deze periode, om na te gaan wat er in deze periode is gebeurd op het terrein van gezondheid en migratie. Het actieplan voor de GGZ liep tot 2004. Er zijn meer dan dertig projecten uitgevoerd in drie jaar tijd. Deze zijn te verdelen in onderzoek, zorginnovatie, kennisontwikkeling, deskundigheidsbevordering, intercultureel personeelsbeleid en intercultureel management. Het actieplan werd gecoördineerd door GGZ Nederland en in de projecten werd samengewerkt of werden opdrachten gegeven aan andere organisaties. De conclusie van het IVA beleidsonderzoek, dat gekeken heeft naar de opbrengst van de projecten, is dat er veel geleerd is maar dat de sector niet tevreden achterover moet gaan leunen.

Blijvende aandacht voor interculturalisatie blijft vereist. Omdat anders de opbrengst van het Actieplan dreigt te vervluchtigen. Er moet voor gewaakt worden dat na de afsluiting van het Actieplan niet gewoon wordt overgegaan 'tot de orde van de dag'. Natuurlijk is het huidige politieke en maatschappelijke klimaat, met een afnemende aandacht voor en betrokkenheid bij allochtonen, daarbij zorgelijk. Want de ggz 'roeit' als het ware 'tegen de stroom in' met haar streven naar interculturalisatie (GGZ Nederland, 2004).

In 2004 verschijnt nog een uitgave van GGZ Nederland: *Passende zorg voor een bijzondere doelgroep* met een overzicht van en terugblik op de projecten die via ZRA-gelden gefinancierd zijn. Wil een project voor financiering in aanmerking komen, dan moet het geen toepassing van bestaande programma's, modellen of methoden zijn. Het dient specifiek voor deze doelgroep en innovatief van karakter te zijn. Dat maakt het overzicht niet representatief voor wat er in GGZ instellingen met asielzoekers gebeurt. In de projecten is vaak sprake van een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMA's) of kinderen van vluchtelingenouders met psychiatrische problemen. Sommige toegepaste methoden zijn bekend, zoals dramatherapie of gezinsbehandeling maar er worden ook andere behandelvormen beschreven zoals Mind-Spring, Mindfulness, rouwprocessen en rouwrituelen in de behandeling van asielzoekers en vluchtelingen en versterking van copingvaardigheden tijdens het reizen met het openbaar vervoer bij asielzoekers met traumapsychopathologie (GGZ Nederland, 2004). In het nawoord staat Marten Hoekstra, projectleider bij GGZ Nederland, stil bij de snelle veranderingen in de zorg voor asielzoekers.

Toen in 2000 de mogelijkheid werd opengesteld voor subsidiëring van innovatieve projecten in de GGZ was er een stormachtige groei gaande van het aantal asielzoekers en dientengevolge van de keten van voor hen noodzakelijke opvang en zorg (). Nu, vier jaar later is het klimaat rond buitenlanders verhard en het vreemdelingenbeleid veel strenger geworden. Wat vier jaar geleden innovatief was, blijkt voor een deel door

deze nieuwe realiteit achterhaald. Niet omdat de ontwikkelde methoden niet vernieuwend of bruikbaar zouden zijn maar omdat de doelgroep is geslonken of letterlijk uit het zicht verdwijnt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de AMA's. Een groot deel van de betreffende asielzoekers is hier al lange tijd en heeft nu te maken met een heel ander aspect van de snel veranderende Nederlandse samenleving, in de vorm van een onbarmhartig toelatings- en uitzettingsbeleid. Voor velen staat overleven weer centraal, zoals dat ook het geval was in de dagen vóór en tijdens hun vlucht. De motivatie voor deelname aan psycho-educatie en andere GGZ-programma's lijkt hierdoor af te nemen. Daarentegen stijgt de vraag naar interventie bij crises en behandeling van ernstige pathologie. Per saldo is het beroep op de GGZ niet afgenomen, ook al is het aantal asielzoekers gedaald van 80.000 in 2000/2001 naar zo'n 50.000 in 2004. Velen wijten dit aan verzwaring van de problematiek (GGZ Nederland, 2004, p53).

Minister Hoogervorst, de opvolger van mevr. Borst, schrapt de interculturalisatie projecten. In maart 2003 legt minister Hoogervorst in een brief aan de Tweede Kamer de verantwoordelijkheid voor een toegankelijke gezondheidszorg bij de marktpartijen: de instellingen, zorgvragers en de verzekeraars. Op basis van het Zon-Mw rapport uit 2003 *Bewijs voor verschil*, zou de toegankelijkheid niet langer gerekend hoeven te worden tot een overheidsprobleem. Bovendien wordt van de allochtone zorgvragers meer initiatief en verantwoordelijkheid gevraagd. Dat laatste is in lijn met het overheidsbeleid op integratie, dat de tweezijdigheid van integratie onderstreept maar feitelijk meer eisend is geworden ten aanzien van migranten.

De toegankelijkheid van de eerste lijn is voortreffelijk voor allochtonen. De vaccinatiëgraad en het bezoek aan consultatiebureaus is goed. Als men ergens een goede voorziening ziet, maakt men daar ook gebruik van. Allochtonen gaan verder over het algemeen vaker naar de huisarts dan autochtonen. Bovendien zijn de bezoeken niet korter, maar langer, aangezien er vaak sprake is van communicatieproblemen en een complexe problematiek. Daar staat wel tegenover dat allochtonen minder vaak naar de GGZ gaan dan de autochtonen. De minister vraagt zich echter af of dit wel zo'n probleem is. Men lost de problemen op een andere manier op. Bij veel allochtone populaties is de familieband veel sterker dan in de Nederlandse gezinnen. De kerkelijkheid is ook veel groter. Die leefstijl lijkt op die vlakken erg op die van Nederlanders in de jaren vijftig en zestig. Toen zocht de gemiddelde Nederland ook niet zijn toevlucht tot de geestelijke gezondheidszorg. Hij ziet echter ook dat in geval van ernstige psychische stoornissen, allochtonen de GGZ vaak niet op de juiste manier weten te vinden. Daarom heeft hij daar onderzoek naar laten doen (Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaar 2003-2004, 29484, p5).

Het beleid in de zorg wordt steeds meer gedomineerd door economische principes. De verzekeraars krijgen een belangrijke rol in het bepalen van het aanbod van de zorg, al loopt dit in eerste instantie nog via het beleid van zorginstellingen. De zorg moet voldoen aan effectiviteits- en doelmatigheidsprincipes. Voor alle cliënten geldt dat slechts evidence based behandelingen vergoed worden en dat zorginstellingen onderling concurreren op commerciële gronden. Het opkomen voor de belangen van verzekerden biedt volgens sommigen de kans de behoeften van allochtone cliënten te vertalen naar een passend hulpaanbod. De consequenties hiervan worden in de volgende paragraaf belicht. In 2006 debatteert de Tweede Kamer met Hoogervorst nog een keer over interculturalisatie van de gezondheidszorg waarbij er vooral aandacht is voor de problemen van de medische zorg aan asielzoekers. Arib (PvdA) stelt vast dat

het probleem van medische zorg aan asielzoekers al jaren speelt en dat het daarbij zowel om de kwaliteit van de zorg als de toegankelijkheid gaat (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29484, nr. 16).

Minister Hoogervorst legt de kritiek echter naast zich neer en merkt op dat het bij asielzoekers gaat om een

bijzondere patiëntenpopulatie die in een sterk gejuridiseerde omgeving verkeert waarin medische klachten beslissend kunnen zijn voor het al dan niet kunnen verblijven in Nederland. Er hebben zich inderdaad enkele betreurenswaardige incidenten voorgedaan maar als elke Nederlander in zo'n omgeving zou verkeren, zouden er avondvullende programma's worden gemaakt over incidenten in de gezondheidszorg. Niet gesteld kan worden dat zich in de medische opvang van asielzoekers structureel meer incidenten voordoen dan in de reguliere zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29484, nr. 16).

Minister Hoogervorst benadrukt vervolgens dat er de laatste jaren hard is gewerkt aan verbetering van de patiëntenveiligheid in Nederland en dat daarbij ook de asielzoekers horen. Met zijn opmerking over de gejuridiseerde omgeving, lijkt Hoogervorst te suggereren dat de informatie over medische zorg aan asielzoekers niet uitsluitend vanuit een gezondheidsperspectief wordt weer gegeven.

Na de verkiezingen van 2006 valt Volksgezondheid onder minister Klink. In eerste instantie verandert er niets, er worden geen nieuwe initiatieven genomen om de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen te analyseren en / of te bestrijden. Die verschillen zijn er nog steeds, blijkt uit het RIVM rapport van 2008 *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services* (Tamsma, 2008). De analyse van de data in het rapport wijzen vooral op verschillen in gezondheid, die met sociale klasse en inkomen te maken hebben. Maar er is een sterke etnische dimensie in het risico op armoede: 23 % van het aantal huishoudens dat van een minimum uitkering rond moet komen is allochtoon. Vrouwen lopen daarin nog eens een extra risico. Er is wel verschil tussen etnische groepen. De gezondheidstoestand van de vier grootste migrantengroepen in Nederland is slechter dan die van de autochtone bevolking

en die verschillen worden voornamelijk verklaard door sociaal economische factoren (Den Hollander e.a. 2006, in Tamsma, 2008, p65).

Een aantal inmiddels bijna klassieke gezondheidsrisico's worden voor migranten in onderzoek telkens aangehaald. Het betreft

- perinatale sterfte;
- hart en vaatziekten, met name onder de Turkse en Surinaamse populatie;
- diabetes;
- depressie, vooral onder de Turkse en Marokkaanse ouderen;
- schizofrenie in alle groepen behalve de Turkse;

Er is ook een ziekte, die minder vaak voor komt onder autochtonen dan onder allochtonen en dat is kanker (Tamsma, 2008, p66).

In de gezondheidszorg aarzelt men vaak over het opnemen van culturele verklaringen voor gezondheidsverschillen maar ze zijn er wel. In de afsluiting van het Migrant Friendly Hospital project in 2004, een Europees project waar het AMC aan meedeed, worden een aantal factoren voor beleid opgenomen (Hartog en Molenaar, 2004):

- achterstand in informatie;
- communicatie en culturele belemmeringen;
- gebrek aan vaardigheden in de staf.

Er wordt geen nieuw beleid gevoerd en we hebben eerder besproken dat de overheidssteun voor intercultureel beleid in 2002 wegvalt. Het expertise centrum Mikado, met een gegarandeerde subsidie tot 2007, wordt daarna gefinancierd door contracten met instellingen af te sluiten. De opgebouwde kennis en ervaring in cultureel-sensitieve zorg dreigt verloren te gaan als er geen aandacht aan uitwisseling van die kennis wordt besteed. Een voorzichtig nieuw initiatief van de overheid is het programma Etniciteit en Gezondheid bij Zon-Mw, voorafgegaan door programmeringsstudies Somatische Zorg, GGZ en Gezondheid. Op het Jubileum congres 'Gekleurde Gekte' (2009) stelt Monissen, directeur generaal curatieve zorg bij VWS, dat de overheid de regie voor interculturele zorg weer moet oppakken. Het programma van Zon-Mw en de start van de Academische Werkplaatsen in 2008 kunnen als een stap in die richting worden uitgelegd maar van een regie door de overheid is vooralsnog geen sprake.

5.2. Zorgsysteem

Het economisch denken, de marktwerking, rationalisering en behandelen op basis van 'evidence based' uitkomsten zijn bepalende parameters in de zorg geworden. Toch is zorg niet helemaal 'business' geworden, daarvoor bestaan teveel belemmeringen. Men spreekt in de non-profit over Public Management, vanaf de jaren '80 en dat laat zien dat de invloed van managers op de zorg weliswaar is toegenomen maar dat betekent niet dat er puur zakelijk gemanaged kan worden. De positie van verzekeraars, die patiënten niet mogen weigeren en daardoor ook een publieke functie houden, zet de instellingen onder druk om zorg te verlenen, die aansluit op wat cliënten vragen. Het voert in het kader van dit betoog te ver om alle aspecten van Public Management, vraag gestuurd werken en diversiteit te bespreken. Hier is van betekenis om te vermelden dat het proces van deregulering en verzakelijking in de zorg niet volledig

doorgeslagen is naar een systeem waarin de marktprincipes alles bepalen. Bovendien is er een zekere mate van vrijheid voor instellingen om gezondheidsbeleid te voeren en aanbod af te stemmen op wat cliënten vragen of nodig zouden hebben.

Voor sommige instellingen is het ontwikkelen van een aanbod voor allochtonen harde noodzaak: zij zouden een groot deel van hun populatie verliezen als deze kiest voor een alternatieve aanbieder. Dat gebeurt ook in de steden waar migranten ruim vertegenwoordigd zijn. Er ontstaan nu niet alleen categorale voorzieningen voor vluchtelingen maar ook voor andere migranten. Eerst de centra voor Transculturele Geestelijke Gezondheidszorg, NOAGG's (2005-2007) en vanaf 2007 de instellingen voor Interculturele Psychiatrie (I-Psy). De oprichting van de NOAGG wordt door de reguliere zorg en vooral door hen die interculturalisatie willen bevorderen, als een schok ervaren. De NOAGG's hebben maar kort bestaan, vooral vanwege financiële problemen is de NOAGG al snel een onderdeel geworden van Altrecht. De I-Psy werkt net als de NOAGG vanuit het principe: allochtone hulpverleners voor allochtone cliënten, het liefst gematched naar taal en culturele achtergrond. Als blijkt dat de behandeling van allochtonen in categorale voorzieningen minstens zo effectief is als in de reguliere zorg, zal de verzekeraar deze voorzieningen waarschijnlijk blijven financieren.

Tijdens een door Mikado georganiseerd debat staat de vraag centraal of de op allochtonen gerichte gezondheidszorg het resultaat is van het falen van de reguliere zorg. De plaatsvervangend directeur van GGZ Nederland is het daar mee eens:

De GGZ laat ruimte, niet bewust, maar ze vult het zelf nog niet in. Logisch dat er dan een nieuwe markt ontstaat (Hoogsteder, 2005, p44).

Over de oprichting van categorale voorzieningen zijn mensen verdeeld en die standpunten kunnen we samenvatten als een mening, die laat horen dat interculturalisatie niet gelukt is, allochtonen lang genoeg gewacht hebben en 'het' nu wel zelf gaan organiseren naast de mening dat interculturalisatie weliswaar gestagneerd is maar dat we niet de handdoek in de ring moeten gooien. De prikkel tot interculturalisatie voor de reguliere zorg zou ook weg kunnen vallen door het opzetten van een circuit specifiek gericht op allochtonen (May en Ingleby, 2008), nog los van de vraag of allochtonen zelf een categorale instelling prefereren.

Na het Actieplan Interculturalisatie, dat van 2001 tot 2004 door GGZ Nederland werd aangestuurd, zakt de aandacht voor interculturalisatie in de brancheorganisatie weg. Enkele deelnemers aan het debat vinden het falen van de reguliere zorg ernstig en schrijnend. Voorstanders van op allochtonen gerichte GGZ noemen dat allochtonen zich in de reguliere GGZ niet thuis en niet begrepen voelen. Het blijft vaag wat daar precies mee bedoeld wordt. Een belangrijke factor om allochtone cliënten te benaderen is allochtoon personeel in dienst te nemen. Voor reguliere instellingen blijkt allochtoon personeel moeilijk te vinden terwijl de nieuw opgerichte categorale voorzieningen 'stapels cv's opgestuurd krijgen'. Volgens hen speelt naast werving en selectie ook dat

hulpverleners meer ruimte willen om zorg te verlenen op onorthodoxe manieren (Hoogsteder, 2005, p46).

Of migranten en vluchtelingen er de voorkeur aan geven naar categorale voorzieningen te (blijven) gaan, is natuurlijk nog de vraag en onderzoek naar die keuze is er nog niet. May (2009, p35) wijst, in een reactie op de evaluatie van 25 jaar interculturalisatie door Edrisi (Langelaan, 2009), op de klanttevredenheid van allochtone cliënten bij Altrecht, die even tevreden zijn als autochtone cliënten.

Het (interculturalisatie, SK) is niet gelukt. Een aparte GGZ voor migranten is onontkoombaar (Langelaan, 2009, p10)

is de conclusie van Edrisi, zorgdirecteur van I-psy Leiden. May waarschuwt voor het projecteren van onze wensen en gedachten (over interculturele zorg) op onze patiënten, op de migranten. Hij vraagt zich af waaruit blijkt dat de meeste migranten de voorkeur geven aan een hulpverlener met dezelfde achtergrond. Dat is al eerder ook door Knipscheer en Kleber gevonden en blijft een lastig te verklaren patroon.

De feiten lijken Edrisi's betoog te ontkrachten. Zo is het aantal niet-westerse allochtonen dat gebruik maakt van de GGZ over de jaren zowel absoluut als percentueel gestegen. Ruim de helft van de patiënten van Altrecht is allochtoon (May, 2009, p. 35).

Voor de reguliere instellingen is de oprichting van categorale zorg een nieuw gegeven. Mogelijk trekken zij zich iets aan van de concurrentie maar zij kunnen zich ook neerleggen bij een tweedeling in de zorg, met alle risico's van dien. Het blijkt in deze discussies iedere keer weer hoe moeilijk het is om niet in twee groepen te denken: de allochtonen versus de autochtonen.

Met de nodige voorzichtigheid komen steeds meer onderzoekers tot de conclusie dat er geen grote verschillen zijn tussen de psychische gezondheid van allochtonen en autochtonen. Dat is iets anders dan dat er geen verschil in zorggebruik zou zijn, waar we later op terug zullen komen. Voor instellingen speelt de vraag hoe zij verschillen in de cliëntenpopulatie kunnen opsporen. In het zorgsysteem wordt registratie steeds belangrijker gevonden.

Bij het vaststellen van de cultuurverschillen in de cliëntenpopulatie speelt een aantal problemen. De registratie op etniciteit is nog steeds omstreden, er zijn organisatorische aspecten, die een cliëntenregistratie onvolledig maken en er is een validiteitsprobleem als cliënten volgens de definitie wel allochtoon zijn maar zichzelf niet als zodanig zien. Aan de andere kant is er overigens ook een tendens Nederlandse staatsburgers allochtoon te noemen omdat hun grootouders naar Nederland migreerden.

Het beeld over de verhouding tussen allochtonen enerzijds en autochtonen anderzijds verschuift voortdurend en is bovendien troebel. Dat heeft allereerst met de definities te maken, waar we bij de beschrijving van de doelgroep uitgebreider op in zullen gaan.

De discussie over registratie van cliënten op basis van etniciteit en/of cultuur is eerder onderwerp geweest van een studiedag van ZonMw (17-11-

1999). Er waren al instellingen die het geboorteland van cliënten en soms van hun ouders registreerden en sinds dat jaar wordt dit vaker gedaan. Er zijn echter een paar problemen. Allereerst is er de ethische kant van registratie. Etniciteit en cultuur zijn geen neutrale begrippen. Hulpverleners hebben soms moeite met vragen naar etniciteit. Het zou op een selectie kunnen lijken. De associatie met nazi-praktijken, waar selectie op grond van etniciteit en cultuur tot uitroeiing leidde maar ook recentere voorbeelden van etnische zuiveringen, geven de registratie van etniciteit, cultuur en soms ook religie een problematisch karakter. Over het algemeen vallen die bezwaren weg als de registratie in het kader van onderzoek of van het terugdringen van gezondheidsverschillen geplaatst wordt. Maar dan nog geldt de nodige behoedzaamheid omdat gegevens gemakkelijk voor andere doeleinden gebruikt kunnen worden.

In de praktijk spelen dan nog enkele praktische, organisatorische problemen. De inschrijving van cliënten bij GGZ-instellingen geschiedt op basis van registratie van persoonsgegevens, dat staat niet ter discussie. Elke instelling is echter vrij om een formulier met de persoonskenmerken te ontwikkelen. De zorgverzekeraar eist bepaalde gegevens, zoals het nummer van de verzekering. Daar wordt consequent aandacht aan besteed. Het land van herkomst is echter geen gegeven, waar financiële consequenties aan verbonden zijn. De gegevens worden over het algemeen in een computerprogramma verwerkt. Daarna zijn mutaties van gegevens wel mogelijk maar niet door iedere medewerker. Dat maakt het lastig voor een hulpverlener om informatie, die later beschikbaar komt, nog toe te voegen. Dat kan gelden voor het land van herkomst van één of beide ouders. Aangezien de definitie van allochtonen dit kenmerk kent, zou dit voor de registratie wel van belang zijn. Of dat belang in de praktijk voldoende onderkend wordt, is zeer de vraag.

Tenslotte is er nog het eerder genoemde validiteitsprobleem. Sommige migranten en vluchtelingen zullen hun geboorteland als bepalend voor hun etniciteit en/of cultuur beschouwen. Is die migratie of vlucht echter lang geleden geweest, is men in het bezit van een Nederlands paspoort en eventueel genaturaliseerd tot Nederlands staatsburger, dan kan het zijn dat ook de etniciteit anders benoemd wordt. Hierin spelen situationele en politieke aspecten waarschijnlijk een rol. Deze afweging speelt nog sterker een rol bij de in Nederland geboren kinderen van migranten en vluchtelingen. De keuze om zichzelf bijv. Marokkaans, Nederlands-Marokkaans of Nederlands te noemen, is niet louter een taalkundig spelletje. De eigen benoeming van etniciteit door cliënten zou van grote betekenis kunnen zijn voor de opstelling ten aanzien van hulpverleners.

Zo zien we dus problemen in het vaststellen van etniciteit en cultuur, die zowel met betrouwbaarheid (onzorgvuldige registratie) als validiteit (de betekenis en verschuiving van benoeming van etniciteit) te maken hebben. Ook al zou een instelling in staat zijn een perfecte registratie uit te voeren, dan nog weten we niet hoe de zorg op die verschillen zou moeten inspelen. In het zorgsysteem zijn zowel de tendens zichtbaar dat etnische en culturele verschillen categorale zorg rechtvaardigen als de daar tegenoverstaande visie dat het denken in verschillen juist problemen creëert, die er niet zouden zijn. Dit wordt aangeduid als culturalisme, waar we bij de beschrijving van theoretische modellen op in zullen gaan.

In deze periode zien we dat aandacht voor diversiteit in de reguliere zorg weg valt terwijl categorale zorg 'voor en door allochtonen' wordt aangeboden door nieuwe marktspelers zoals I-Psy (Ingleby, 2009, p107). Beleid ten aanzien van interculturalisatie wordt vervangen door een geloof in de heilzame werking van de markt. Mikado en Pharos zijn in de zorg de organisaties, die kennis en ontwikkeling op het gebied van interculturele zorg blijven stimuleren. Maar in 2009 is bijvoorbeeld de link naar interculturalisatie op de website van GGZ Nederland verdwenen. Misschien een symbolisch teken maar dit en ook bijvoorbeeld het ontbreken van onderzoek naar effectiviteit van bepaalde behandelingen voor allochtonen, doet sommigen vermoeden dat interculturalisatie mislukt is. Er zijn oases van theoretische inzichten, allerlei nota's, interculturele competentieprofielen en blauwdrukken voor organisaties om interculturalisatie door te voeren. De praktijk en dan met name de praktijk buiten de Randstad, blijkt nog vaak een woestijn waar de interculturalisatie niet tot bloei komt. In hoofdstuk 6 komen we terug op de huidige stand van zaken wat betreft interculturalisatie en de agenda voor de toekomst. We zullen eerst nagaan hoe het zorggebruik van de GGZ door allochtonen is toegenomen.

5.3. Zorggebruik

We zullen allereerst ingaan op het zorggebruik van de GGZ door de gehele bevolking. Vervolgens zoomen we in op de verschillen in zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen. In meerdere sectoren en ook in het maatschappelijk werk blijken er onderling verschillen te bestaan. Tot slot gaan we na hoe het zorggebruik van allochtonen in de GGZ verschilt van dat van autochtonen.

Het gebruik dat mensen maken van de GGZ is in deze periode weinig verschillend van de periode 1993 – 2002. De huisartsen verwijzen meer mensen naar de tweedelijns GGZ dan naar de eerstelijns GGZ, 46 tegenover 17 per 1000 cliënten met een psychische of sociale diagnose (GGZ in tabellen 2007).

Kijken we naar de verschillende circuits in de GGZ, kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen en beschermd wonen, dan is de instroom en het actieve bestand (alle cliënten die in de loop van het jaar tenminste één contact met een lidinstelling hebben gehad) toegenomen. Het circuit volwassenen is het meest omvangrijk, twee derde van de cliënten. Kinderen en jeugd vormen een kwart, ouderen 10 %. Het merendeel van de cliënten uit de circuits ontvangt ambulante zorg, 87 %.

De groei van de capaciteit van de GGZ tot 2004 is daarna vrijwel tot stilstand gekomen. De enige sector die nog aanzienlijk groeit is het circuit beschermd wonen. Het aantal verpleegdagen en de deeltijdbehandelingen vertonen ook weinig toename. De ambulante contacten zijn tussen 2003 en 2006 wel fors gestegen maar hier is enerzijds een administratieve oorzaak voor omdat de telefonische contacten meegeteld worden. Anderzijds wordt de toename van het aantal ambulante contacten mogelijk veroorzaakt door de extramuralisering van de zorg.

Voordat we kijken naar de verschillen in zorggebruik door allochtonen ten opzichte van autochtonen van de GGZ, kijken we naar de verschillen in zorggebruik in het algemeen. In de studie naar kosten van ziekten (Verkleij & Verheij, 2003), waarin niet alleen leeftijd en geslacht maar ook sociale

verschillen zijn opgenomen, worden verschillen gevonden in zorggebruik. We zullen vooral ingaan op de resultaten die betrekking hebben op het zorggebruik van de GGZ. De sociaaleconomische positie en samenlevingsvorm van mensen zijn van invloed op hun gebruik van de GGZ, het maatschappelijk werk, wijkverpleging en gezinszorg. Verschillen in relatie tot land van herkomst zijn veel kleiner met uitzondering van een veelvuldig bezoek aan de huisarts, maatschappelijk werk en de ambulante GGZ door mensen van niet-westerse herkomst (ibid., p. 9). In de studie wordt geschat dat het zorggebruik onder allochtonen van de huisarts, maatschappelijk werk en de RIAGG minstens 100 % hoger ligt. Het gebruik van de overige GGZ, waaronder de intramurale zorg, ligt minstens 20 % lager. Het aantal respondenten per herkomstland is te klein om verschillen in zorggebruik voor specifieke groepen allochtonen te laten zien.

De grote sociale verschillen in zorggebruik kunnen vrijwel geheel worden toegeschreven aan het vaker vóórkomen van gezondheidsproblemen onder mensen met lage sociaaleconomische positie, nooit gehuwden en allochtonen. Dit betekent dat mensen met een lage sociaaleconomische positie of niet-westerse herkomst ongeveer evenveel zorg consumeren als mensen uit andere groepen met ongeveer dezelfde gezondheidstoestand. Dit betekent verder dat de sociale verschillen in zorgkosten uiteindelijk voor een groot deel kunnen worden teruggevoerd op het feit dat in Nederland nog steeds aanzienlijke sociale verschillen in gezondheid bestaan (ibid., p. 10)

Wat niet verklaard kan worden op grond van gezondheidsverschillen is het veel minder gebruiken van medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg, dat ongeveer 30% lager ligt.

Het rapport 'Bewijs voor verschil' (ZonMw, 2003) geeft een overzicht van alle 163 allochtonenprojecten, zoals ze officieel aangeduid worden, die ZonMw in de periode 1996 – 2003 liet uitvoeren. De meeste aandacht in de politiek en de media ging uit naar de conclusie dat er geen sprake (meer) zou zijn van ontoegankelijkheid van zorg voor allochtonen. Er staat echter veel meer in het rapport en in de projecten is de meeste aandacht besteed aan de kwaliteit van preventie en zorg.

Allochtonen kennen de regels en mogelijkheden van de zorg niet goed en hulpverleners ervaren de zorg aan allochtonen als belastend. Specifiek knelpunt is de communicatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Daardoor is het stellen van de juiste diagnose moeilijker en is het lastiger goede afspraken over behandelingen te maken. () De interculturalisatie van de gezondheidszorg staat nog in de kinderschoenen (ZonMw, 2003, p4).

De grote achterstand in kennis over de oorzaken van etnische verschillen in gezondheid en in gebruik en kwaliteit van gezondheidszorg wordt langzaam ingehaald (ibid., p4). We zullen de resultaten over zorggebruik door allochtonen uit het rapport hier samenvatten. In 2003 concludeert ZonMw dat de programma's succesvol zijn geweest en het beleid voortgezet moet worden. De kennis moet vooral in de gezondheidszorg geïmplementeerd worden. Net als in

de studie van RIVM en NIVEL (2003) worden de oorzaken van gezondheidsverschillen gevonden in sociaaleconomische positie. ZonMw voegt hieraan toe dat de gezondheidsverschillen met geslacht en etniciteit te maken hebben.

Allochtonen met een lage sociaaleconomische status hebben een hoge ziektelast. Allochtone mannen worden het zwaarst getroffen. Bekend is dat de geestelijke gezondheid van groepen allochtonen in Nederland achterblijft en dat de geestelijke gezondheidszorg moeite heeft met een multiculturele aanpak. Wat we niet weten is wat de oorzaken hiervan zijn en welke oplossingen effectief zijn. De komende jaren zal het inzicht hierin groeien (ZonMw, 2003, p13).

In een project over de geestelijke gezondheid en hulpbehoefte van jongeren is een opvallend resultaat geboekt.

Verondersteld werd dat er een verschil zou zijn tussen de oorzaken van geestelijke gezondheidsproblemen en de manier waarop hulp gezocht wordt door enerzijds Nederlandse en anderzijds Marokkaanse en Turkse jongeren. Maar dit blijkt dichter bij elkaar te liggen dan gedacht. Het zijn vooral de opvattingen van hun ouders die uiteen lopen. Discriminatie en gepest worden zijn in de ogen van veel Marokkaanse en Turkse ouders belangrijke oorzaken van mogelijke problemen van hun kinderen. Daarnaast spelen veel sociaal-maatschappelijke problemen een rol binnen het gezin (ibid., p19).

Uit een ander onderzoek in de jeugdgezondheidszorg blijkt dat psychosociale problemen bij vooral Turkse en Marokkaanse kinderen en jeugdigen minder goed te identificeren zijn dan bij autochtonen en andere allochtone groepen. Voor ouderen is een cursus 'omgaan met depressie' ontwikkeld, als voorbeeld van een preventieactiviteit.

Zoals gezegd, trok de conclusie dat de veronderstelde achterblijvende toegankelijkheid voor allochtonen niet overal geldt in zorg en preventie (ibid., p31) veel aandacht. De conclusie verdient wel nuancering. Andere onderzoeken wijzen in de richting van bijvoorbeeld beperkte toegang tot de gespecialiseerde tweedelijnszorg en thuiszorg (ibid., p. 31). Ook blijkt keer op keer dat er een groep verslaafden is, waaronder veel allochtonen, die eenvoudigweg niet door de verslavingszorg wordt bereikt (ibid., p17). Bovendien worden de problemen die hulpverleners in de gezondheidszorg hebben met allochtone hulpvragers in veel van de projecten bevestigd.

De gezondheidszorg kan nog niet altijd omgaan met de steeds multiculturelere samenleving (ibid., p32).

Waar de knelpunten door veroorzaakt worden, komt echter niet duidelijk naar voren. Onderzoekers houden rekening met etnische verschillen in hun onderzoeksvraag maar helaas nog steeds vaker niet dan wel (ibid., p32). Er blijken dus wel degelijk nog problemen in zowel toegankelijkheid als, in sterkere mate kwaliteit van zorg. Ook vóór 2002 was het zorggebruik van allochtonen al

toegenomen en, zoals we nu zien, soms is er zelfs sprake van meer gebruik van ambulante zorg door allochtonen. Maar om adequate hulp te verlenen lijkt meer nodig dan een tolk en enige ervaring met interculturele communicatie. In het manifest (van Dijk, e.a., 2000), behandeld in hoofdstuk 4, werd gesteld dat een paradigmawisseling nodig is. Frank Kortmann reageert op dat manifest in het thema nummer Nieuwkomers (MGv, 2002-1). De hoofdredacteur leidt hem in:

Frank Kortmann betwijfelt dat interculturalisatie een paradigmawisseling zou vergen. Cultuurverschil tussen behandelaar en cliënt maakt vaak weinig uit – niet meer dan verschil van leeftijd, klasse of geslacht. Dergelijke vormen van sociale ongelijkheid worden pas pijnlijk, of zelfs storend, wanneer hulpverleners cliënten tegemoet willen treden op voet van gelijkheid. Geen botsing der beschavingen, maar wrijving tussen behandelcultuurtjes, dus (Bos, 2002, p2).

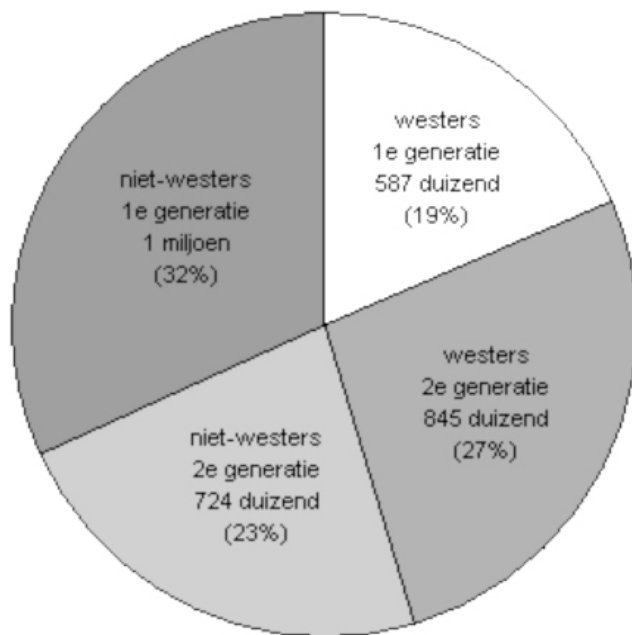
Het gebruik van het verkleinwoord voor cultuur, cultuurtjes, komt overeen met het dominante geluid in dit nummer van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid: de toegang voor migranten en vluchtelingen in de GGZ is niet langer het probleem. Hulpverleners moeten alleen goed leren omgaan met diversiteit. We zullen daar bij de theoretische modellen nader op ingaan.

5.4. De doelgroep

In deze periode zien we dat de allochtonen verschillend ingedeeld worden in subgroepen, die als dragers van de problemen worden gezien terwijl andere groepen niet geproblematiseerd worden. Iedere indeling van de allochtonen in bepaalde groepen roept vrijwel direct een reactie op. Sommige mensen worden steeds allergischer voor het gebruik van het begrip allochtonen, of welke aanduiding dan ook (Wolffers, 2008). Het onderscheid westers versus niet-westers is al enige tijd aanwezig in de statistieken maar wordt nu vaker gebruikt om de problematische allochtonen aan te duiden.

In de definitie van 'allochtonen' wordt doorgaans een tweedeling gemaakt in westerse en niet-westerse allochtonen (CBS, 2007). Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba, Afrika, Azië (exclusief Indonesië en Japan) en Latijns-Amerika. Tot de categorie 'westers' behoren allochtonen uit Indonesië (inclusief personen uit voormalig Nederlands-Indië), de Europese Unie (26 landen; exclusief Nederland), overige Europese landen (exclusief Turkije) en overige (niet-Europese) landen (Japan, Noord-Amerika en Oceanië).

Figuur 1: Allochtonen in Nederland, 1 januari 2007 (Bron: [CBS Bevolkingsstatistiek](#)).



Tabel 2000 en 2009

	2000	2009
Autochtonen	13.088 648	13.196 916
Allochtonen	2.775 302	3.289 671
Waarvan westers	1.366 535	1.479.939
Niet-westers	1.408 767	1.809 732
Turken	308 890	378 400
Marokkanen	262 221	341 640
Surinamers	302 514	338 519
Antillianen en Arubanen	107 197	134 486
Vluchtelingen		250 000 *
Asielaanvragen **	43 895	15 275 (in 2008)
In de centrale opvang ***	65 000	20 000

Bron: CBS, 2009

* Bron: Vluchtelingenwerk: schatting

** Bron: IND

*** Bron: COA

De titel van het themanummer van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid in 2002 is *Nieuwkomers*. Een term, die net als de term allochtonen de nadruk legt op het feit dat mensen ergens anders vandaan komen, al is het 'nieuwe' van het naar Nederland komen in de bijdragen in het themanummer relatief. Voor sommige nieuwkomers geldt dat hun ouders nieuw waren in Nederland. De hoofdredacteur van MGv schrijft dat

etnische minderheden in de GGZ geen nieuw thema meer zijn. Minder actueel is het onderwerp er in de tussentijd niet op geworden. Nog altijd stijgt het percentage, dat zelf of wier ouders nieuw zijn in Nederland. Daarenboven groeit, sinds een jaar of wat, de bezorgdheid over de gebrekkige integratie van nieuwkomers in de Nederlandse samenleving. Of dat gebrek nu toe te schrijven is aan inheemse afkeer dan wel aan uitheemse afweer, het zit de natie dwars. Een zaak van geestelijke gezondheid is het daarmee nog niet. Er is op zichzelf immers niets ongezonks aan migratie; zelfs de moeiten en moeilijkheden die ermee gepaard gaan zijn de normaalste zaak van de wereld. Toch kan de GGZ er niet omheen. Evenmin als ze aan mag nemen dat mensen van elders wezenlijk anders in elkaar zitten, mag ze namelijk ervan uitgaan dat haar diensten vanzelf ook voor nieuwelingen geschikt zijn (Bos, 2002, p1).

De tussenzin 'Toch kan de GGZ er niet omheen', wordt niet verder toegelicht. Het geeft waarschijnlijk aan dat de discussie over gewenste toegang voorbij is. Het gaat er nu om of het zorggebruik door migranten en vluchtelingen ook daadwerkelijk toegenomen is of toeneemt. En of de effecten goed zijn, met andere woorden of de migranten en vluchtelingen krijgen *'wat ze behoeven'*. De hulpverleners moeten leren hun werkwijze op de specifieke behoeften van deze groep(en) af te stemmen. De bijdragen in dit thema nummer van MGv laten precies deze thematiek zien.

De vraag is dus op welke grond de groep allochtonen ingedeeld wordt. Met de discussie over registratie in het zorgsysteem, hebben we gezien dat etniciteit opgenomen wordt in de registratie, in de zin van geboorteland¹ van de cliënt en zijn of haar ouders. Maar etniciteit is een te grove aanduiding, net als het begrip allochtonen zelf, dat steeds meer als te algemeen en smakeloos gezien wordt. Allochtoon benadrukt alleen dat mensen niet in Nederland geboren zijn, de toevoeging 'niet-westerse' in de beschrijving van allochtonen geeft aan dat het daar niet alleen om gaat. Waar gaat het dan wel over?

In deze periode zien we verschillende indelingen van de allochtone doelgroep naast en door elkaar gebuikt worden. Onderscheid maken op huidskleur is een groot taboe in Nederland. Er zijn ons geen specifieke studies bekend naar de reacties van hulpverleners op cliënten met een andere, donkere huidskleur. Maar meer algemene onderzoeken over discriminatie wijzen vaak op afwijzende reacties en uitsluiting van migranten in Nederland. In het onderzoek naar de veiligheid van vrouwen in de opvang (Kramer & Cense 2004) wordt de discriminatie van Afrikaanse asielzoekers beschreven. Zij voelen zich door de beveiligingsmedewerkers en door mede bewoners gediscrimineerd. Eén van de onderzoekers is een Afrikaanse vrouw en ondervindt zelf dat zij door de medewerkers van het Centraal Orgaan Asielzoekers (COA) en door de beveiliging niet serieus wordt genomen. Op het AZC doet een verhaal de ronde dat een Afrikaanse vrouw door haar huisarts niet goed behandeld werd en uiteindelijk aan kanker overleed zonder dat zij de medische zorg had gehad, die daarvoor wel beschikbaar is.

¹ In de discussie over registratie is etnische herkomst voorgesteld omdat land van herkomst niet hetzelfde hoeft te zijn als geboorteland. Chinezen in Indonesië blijven zich soms Chinees noemen, Koerden uit Turkije geven soms de voorkeur aan de term Koerdisch als hen gevraagd wordt naar etniciteit.

In andere landen en met name in Groot Brittannië is het veel gebruikelijker om racisme als concept op te nemen in verklaringen voor verschillen in gezondheid en gezondheidszorg. Als het gaat over geestelijke gezondheid wordt de oververtegenwoordiging van zwarte mannen in de gesloten GGZ afdelingen en de forensische psychiatrie vaak als voorbeeld van institutioneel racisme gezien. We moeten daarbij niet alleen kijken naar de gedwongen opnames maar in de analyse meenemen hoe het gebruik van de ambulante voorzieningen eruit ziet. Hetzelfde fenomeen doet zich in Nederland ook voor maar in minder sterke mate. In de van Mesdagkliniek, het grootste forensisch ziekenhuis van Nederland, is in 2004 33% van de patiënten in een niet-westers land geboren. De afdelingen waar mensen met een psychotische stoornis worden behandeld, bestaan soms voor 80% uit allochtonen (Tatlicioglu & Wolthers, 2004, p.4).

In de GGZ worden migranten uit de grootste migrantengroepen meestal direct herkend. Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse cliënten worden waarschijnlijk beter geregistreerd dan migranten uit landen, die minder vaak voorkomen. De laatste jaren is er in de GGZ voornamelijk aandacht voor de Marokkaanse en Turkse cliënten. Er is een levendige discussie over het voorkomen van schizofrenie in de Marokkaanse populatie en depressie in de Turkse. Speciale aandacht is er voor Marokkaanse jongens en Turkse ouderen.

Religie is steeds meer een factor geworden die gebruikt wordt om groepen te onderscheiden. En dan gaat het vrijwel uitsluitend over de islam in het publieke debat. Hulpverleners in de GGZ houden zich verre van iedere religieuze invloed op de praktijk en er wordt geen beleid op gemaakt. Twee van de discussiebijeenkomsten over interculturele competenties (zie bijlage 2) waren aan dit thema gewijd. Hulpverleners spraken over hun interacties met mensen met een religieuze achtergrond. De meeste voorbeelden gingen over Christelijke cliënten, die een reformatorisch geloof aanhangen. Problemen in die groep hebben te maken met een veroordeling door het geloof van bepaalde gevoelens en praktijken. Cliënten hadden soms moeite met de vrijere levenshouding van de hulpverleners en cliënten leden onder de taboes rond homoseksualiteit. Sommige cliënten hadden steun aan hun geloof of aan leden van de geloofsgemeenschap, die hen bleven opzoeken ten tijde van opname in de GGZ. Islamitische cliënten waren in deze instelling zeldzaam maar er was wel discussie over het inschakelen van een imam. De geestelijk verzorger van de instelling probeerde bijeenkomsten te organiseren, waar iedereen, ongeacht religieuze achtergrond, zich thuis kon voelen. Daarvan werd ook door enkele islamitische cliënten gebruik gemaakt. Deze bijeenkomsten verliepen goed. Een groter probleem in het omgaan met religie lijkt de seculiere achtergrond van de meeste hulpverleners, die de rol van religie in het leven van hun cliënten niet onderkennen.

Een factor, die in de praktijk tot verschil leidt, is de beheersing van de Nederlandse taal. Dit geldt zowel voor migranten als vluchtelingen. Bij migranten wordt echter verwacht dat zij zich de Nederlandse taal (inmiddels) wel eigen hebben gemaakt. Wonen migranten al langer hier en spreken zij geen of nauwelijks Nederlands dan wordt dit geïnterpreteerd als gebrek aan acculturatie of integratie. Soms wordt er dan ook getwijfeld aan de cognitieve vermogens van desbetreffende personen. Bij vluchtelingen heeft het minder of niet beheersen van de Nederlandse taal een andere betekenis. Dan wordt eerder gedacht aan het

gebruik maken van een tolk. De discussie hierbij is of familieleden ook gebruikt kunnen worden als tolk of dat van professionele tolken gebruik gemaakt moet worden. Het taalverschil heeft mogelijk meer consequenties, die dieper ingrijpen op het behandelaanbod. Migrant en vluchtelingen, die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, kunnen meestal geen gebruik maken van een groepsaanbod in de GGZ omdat tolken in een groepstherapie niet of nauwelijks ingezet worden.

Een andere manier om de doelgroep te beschrijven, is het wijzen op de marginale positie waarin zij in de samenleving verkeren. De hoofdredacteur van Cultuur Migratie Gezondheid (0408) vat de bijdragen van dit nummer samen onder de noemer 'mensen in de marge'.

Het gaat over zeer verschillende groepen mensen: vrouwen zonder verblijfsvergunning, kinderen in asielzoekerscentra, heroïneverslaafden die dakloos zijn geworden en iemand die in hongerstaking gaat omdat zijn verblijfsvergunning is verlopen en dit middel als laatste redmiddel ziet om aandacht te vragen (Hoogsteder, 2008, p193).

Dat deze mensen allemaal een marginale positie innemen is duidelijk. Wat echter vooral opvalt is het vrijwel ontbreken van begrippen als etniciteit en cultuur. In de bijdrage van Vreeswijk over zwangere vrouwen zonder verblijfsvergunning (Vreeswijk, 2008) is er geen enkele verwijzing naar etniciteit. Er is eerder onderzoek gedaan naar de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden (Burgers en Engbersen 1999; Reijneveld & Van Herten 2000, in Vreeswijk, 2008) waaruit blijkt dat zorgverleners een spanning ervaren tussen hun medisch-ethische zorgplicht en financiële beperkingen van hun organisatie. Sommigen menen dat zorgverleners zich harder opstellen jegens ongedocumenteerden, in de lijn van het restrictieve overheidsbeleid. In die onderzoeken is weinig aandacht besteed aan genderverschillen en reproductieve zorg. Vreeswijk concludeert dat belemmeringen in de toegang tot de reproductieve gezondheidszorg te maken hebben met kosten, onbeantwoorde zorgbehoeften en de situatie van de vrouwen, die ongedocumenteerd zijn.

Zwangere vrouwen zonder verblijfsvergunning worden door het reproductieve gezondheidszorgsysteem en de Nederlandse overheid op vrijwel alle terreinen uitgesloten. Hun hulpeloosheid duidt tevens op een vorm van social suffering (Kleinman, Das e.a. 1997, in Vreeswijk, 2008). Sociaal en individueel lijden komt voort uit wat politieke, economische en institutionele macht met mensen doet en hoe mensen vandaar vervolgens reageren op sociale problemen (Vreeswijk, 2008, p204).

In dit voorbeeld zien we dat de omstandigheden van de vrouwen en de manier waarop zorg is georganiseerd voldoende verklaringen geven voor de (on)toegankelijkheid van de zorg. Cultuur en etniciteit spelen geen rol in deze verklaring.

Eén van de eerder genoemde groepen gemarginaliseerde mensen in de samenleving, is de groep asielzoekers. Kinderen van asielzoekers vertonen in vergelijking met Nederlandse leeftijdsgenoten meer psychische klachten (Boland, Schmidt & Tobin, 2008). Zij lijden relatief vaak aan angsten,

somberheid, slaapproblemen, nachtmerries, bedplassen, nervositeit en gedragsproblemen. Voor volwassenen is al aangetoond dat hoe langer de asielprocedure –en verblijf in een AZC- verloopt, hoe meer klachten zij hebben (Laban, 2003). Kinderen lijden zowel direct als indirect onder de problemen van hun ouders. Zij worden er diep door geraakt en ontberen de nodige steun in hun ontwikkeling. Oudste kinderen nemen vaak al vroeg de ouderrol op zich en voelen zich verantwoordelijk voor het gezin. Zij lopen ook meer risico op kindermishandeling. Al met al is mede onder invloed van het asielbeleid sprake van structurele verwaarlozing van deze kinderen (Tuk 2005; Kalverboer & Zijlstra 2006; 2008). De knelpunten in de opvang hebben te maken met huisvesting, onderwijs, beschikbaarheid van activiteiten en de verplaatsingen van asielzoekers waardoor kinderen voortdurend met nieuwe groepen leeftijdsgenoten te maken hebben (Kloosterboer, 2009).

Een derde groep, ook gemarginaliseerd, die in Cultuur, Migratie en Gezondheid besproken wordt, is de groep Marokkaanse drugsgebruikers. Zij blijken moeilijk bereikbaar voor de verslavingszorg (Voets, 2008) terwijl zij wel veel gebruik maken van meer algemene voorzieningen. Zij zoeken praktische hulp, nazorg, maken gebruik van maaltijdverstrekking, in zowel dagopvang voor daklozen als inloophuizen die gelieerd zijn aan instellingen voor drugshulpverlening. Maar zij maken geen gebruik van laagdrempelige gebruiksruidten, mogelijk omdat

zij zich niet willen profileren als gebruikers en niet tussen andere verslaafden in dezelfde ruimte willen zitten (Voets, 2008, p237).

Voets concludeert dat

de Marokkaanse drugsgebruikers ondervertegenwoordigd zijn in Nederlandse verslavingsinstellingen. Hun belangrijkste boodschap is dat zij bij de verslavingsklinieken niet de hulp verwachten die zij denken nodig te hebben (ibid., p238).

Ze doelen dan vooral op praktische zorg, zoals hulp bij huisvesting, dagbesteding en nazorg na het afkicken. Hier hebben verslavingsklinieken volgens Voets in potentie wel iets te bieden, net als in het geven van voorlichting over infectieziekten. Voets maakt geen gebruik van het concept cultuur voor de verklaring van het niet op elkaar aansluiten van aan de ene kant de zorg en aan de andere kant de verwachtingen van Marokkaanse drugsverslaafden.

In de cliëntenpopulatie in de GGZ wordt dus wel degelijk onderscheid gemaakt. Dit valt echter niet meer helemaal samen met de indeling allochtoon – autochtoon. De culturele ander (van Dijk, 2007) kan een andere huidskleur hebben maar dan wordt onderscheid maken niet geaccepteerd en niet onderkend. De culturele ander kan een ander geloof hebben maar dan wordt gebruik gemaakt van een imam of men wordt verwezen naar een I-Psy instelling. De culturele ander kan een Marokkaanse jongen of Turkse oudere zijn en dan zijn alle hens aan dek, worden er specifieke programma's ontwikkeld of de culturele ander kan geen Nederlands spreken en dan wordt gebruik gemaakt van een tolk en de cliënt komt waarschijnlijk slechts voor een deel van het zorgaanbod in aanmerking. Het gaat, zoals ik hier laat zien, om een raar soort

mengelmoes van 'uitheemsen' die opvallen in de zorg. Het zijn lang niet alle Marokkanen, Turken, Surinamers, Antillianen of vluchtelingen. Het gaat om specifieke groepen in die populaties.

5.5. Theoretische modellen

De veranderingen in overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie en de polarisatie in de samenleving zien we terug in de theoretische modellen van hulpverleners over migranten en vluchtelingen. Etnische matching en discriminatie zijn beide te zien als modellen die te maken hebben met insluiting en uitsluiting. In het werken met kinderen van asielzoekers zien we de weerslag van de langere duur van de asielprocedure. Ook het concept integratie komt nu veelvuldig voor in de theoretische modellen. Hulpverleners vragen zich in toenemende mate af of zij gebruik moeten blijven maken van de term allochtoon omdat deze een tweedeling suggereert, die wel voor de politiek en het beleid interessant kan zijn maar die in de zorg niet gewenst is. We zullen dit betoog weergeven en aansluitend analyseren hoe hulpverleners denken over integratie, respect en de multiculturele samenleving. Uiteindelijk gaat het er om of mensen het gevoel hebben dat ze erbij horen. Dat zei Schnabel in 2000, zoals beschreven in hoofdstuk 4 en dit thema komt terug in het essay van Kouratovsky, waarin hij een nieuw woord aan het jargon van hulpverleners toevoegt: *inwikkeling*. Interculturele competenties stonden al in 2003 centraal tijdens het congres, dat een vervolg probeerde te zijn op de reeks *Culturen binnen Psychiatriemuren*. In de loop van de periode is de belangstelling voor dit concept gegroeid. In bijlage 2 zullen we nader ingaan op onderzoek naar de interculturele competenties.

Etnische matching

Al langer is in het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ de allochtone afkomst van hulpverleners zelf een punt van aandacht en discussie geweest. Soms worden allochtone hulpverleners aangenomen in instellingen om interculturalisatie te bevorderen of directe zorg aan allochtonen te bieden. Etnische matching wordt dat genoemd. Sue (1998, p. 441, 442) concludeerde dat etnische matching geen garantie biedt voor effectieve hulp. Het zou meer gaan om cognitieve afstemming van verklaringsmodellen en interacties. Maar in de praktijk is het thema zorg voor en door allochtonen nog steeds zichtbaar.

Thung en Demiralay besteden aandacht aan het perspectief van allochtone hulpverleners (Thung & Demiralay, 2002).

Zij worden nogal eens 'getypecast' en dat zit hun niet lekker. Zij gaven hun bijdrage de titel 'Alibi-Ali of de wonderlamp van Aladdin' (Bos, 2002, p2).

Allochtone hulpverleners komen een aantal specifieke problemen tegen. Zij worden de allochtoon, die alle allochtonen-dingen moet weten.

De witte hulpverleners kunnen zich met hun witte cliënten bezighouden, zonder zich vragen te stellen over eigen of andermans cultuur. Op deze manier blijft alles hetzelfde. De allochtone hulpverlener dient als

exotische versiering of erger nog: als een Alibi-Ali (Thung & Demiralay, 2002, p66).

Een tweede probleem is dat allochtone cliënten niet altijd door allochtone hulpverleners geholpen willen worden. Angst voor roddel en de associatie met onvoldoende geïntegreerd zijn spelen daarin een rol. Ook de hulpverlener kan zich gediskwalificeerd voelen als hij

alleen goed genoeg is om landgenoten te helpen (Thung & Demiralay, 2002, p67).

Kortom: Etnische matching is lang niet altijd goed voor de cliënten en bovendien is het slecht voor de professionele vorming van zowel allochtone als autochtone hulpverleners. De rol van cultuur/ervaringsdeskundige kan nuttig zijn als deze evenwichtig wordt gecombineerd met die van behandelaar/therapeut. Allochtone hulpverleners kunnen de GGZ toegankelijker maken voor allochtonen zodat die zich meer met de instelling kunnen identificeren. Ze kunnen ook bijdragen aan de deskundigheid van andere hulpverleners inzake interculturele psychiatrie. De metafoer van de wonderlamp van Aladdin laat zien dat alleen door een bepaalde manier van opwrijven van de lamp de toverkracht beschikbaar komt. Wat is er nodig om de 'toverkracht' van allochtone hulpverleners tevoorschijn te laten komen? Het optimaal benutten van professionele diversiteit betekent dat de 'allochtone ervaringsdeskundigheid' op het gebied van cultuur en migratie als kwaliteit erkend wordt. Dit mag echter niet ten koste gaan van erkenning van de deskundigheid als hulpverlener. Daarnaast is het belangrijk meerdere allochtone hulpverleners in dienst te nemen zodat ze geen geïsoleerde positie innemen.

Het benadrukken van de deskundigheid van allochtone hulpverleners kunnen we plaatsen in een proces, waarin allochtone hulpverleners in eerste instantie vooral werden aangenomen om de doelgroep te bereiken. Soms werden zij in instellingen door collega's als tweederangs hulpverleners gezien, die niet aan dezelfde kwalificaties hoefden te voldoen. Nu wordt hun specifieke deskundigheid, met name de houding van culturele sensitiviteit, juist gewaardeerd.

Discriminatie

Het heeft tot 2005 geduurd, voordat het thema discriminatie meer aandacht krijgt in het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid. Limburg-Okken schreef er al over in 1987 maar discriminatie is niet het vertoog geworden om over migranten en vluchtelingen te spreken. Twee bijdragen in het themanummer uit 2005 *Migranten*, gaan over discriminatie. Het eerste, van Komen gaat niet eens over de GGZ. Het behandelt een relatief klein onderzoek naar discriminatie van allochtone jongeren in Den Haag, zoals zij dat ervaren bij het uitgaan. Het tweede artikel legt wel de link met therapeutische hulp en is geschreven door Edrisi. Hij behandelt de gevolgen van discriminatie in de werksituatie.

Discriminatie op het werk komt voor (Essed, 1984; Van der Werf e.a. 1992; Slutzky, 1997, in Edrisi, 2005), al is er vandaag de dag weinig oog voor. Het kan tot uitdrukking komen in systematische achterstelling: bepaalde werknemers krijgen een lager salaris, minder promotiekansen of scholingsmogelijkheden, onaantrekkelijke diensten, zwaardere of minder uitdagende werkzaamheden, minder bewegingsvrijheid, geen verlenging van hun contract, of zelfs ontslag. Daarnaast kan er sprake zijn van discriminatie in de bejegening: pesten, treiteren, kleineren, negeren, isoleren, intimideren en allerlei andere vormen van verbale of non-verbale agressie. Bij discriminatie gaat het overigens niet uitsluitend om de tegenstelling 'autochtoon' versus 'allochtoon' maar ook om die tussen verschillende groepen allochtonen. Zo werd een christelijke cliënt van Afrikaanse origine ernstig gediscrimineerd en lastiggevallen door niet-christelijke, allochtone collega's (Edrisi, 2005, p745).

De aandacht voor discriminatie, volgens Edrisi gebaseerd op

pseudo-haat, een door afstoting gemaskeerde angst voor iets dat als ontoegankelijk en ongrijpbaar wordt ervaren (ibid., p.754)

laat zien dat de GGZ haar blik buiten de directe zorg richt. Wat gaat er eigenlijk om in de samenleving? Hoe ervaren migranten de toegenomen polarisatie? De hoofdredacteur van MGv schrijft dat

inkomelingen en hun nageslacht in het brandpunt van het debat staan. Vleidend is het niet wat er wordt gezegd – ook niet voor de vorige generatie beleidsmakers. Trots op tolerantie heeft plaats gemaakt voor schamperheid over de 'naïeve' maar ook doortrapte (want 'politiek correcte') aanpak van weleer (Bos, 2005, p675).

In 2004 wordt Theo van Gogh vermoord. De sectie Transculturele Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelt haar leden enkele vragen over signalen van cliënten over onveiligheid, polarisatie, angst en discriminatie. Er komen maar weinig reacties van de psychiaters en die waren niet eensluidend (Rohlof, 2005). Sommige patiënten rapporteerden meer gevoelens van angst en discriminatie.

Zo meldde één respondent dat de helft van de allochtone leden van een groepstherapie thuisbleef in de eerste weken na de moord, uit angst om de straat op te gaan (ibid., p36).

Bij patiënten wordt angst voor het radicaliseren van de eigen kinderen gesignaleerd en wantrouwen tegen de maatschappij als geheel. De vluchtelingen onder de patiënten lijken bijzonder gevoelig voor de verslechtering van het klimaat. Nachtmerries worden erger, ze voelen zich onveilig op straat. Sommige patiënten melden:

Zo is het bij ons ook begonnen, nu komt het hier ook (ibid., p36).

Andere patiënten vinden het heel moeilijk om constant als ‘allochtoon’ bekeken te worden door autochtone Nederlanders. Autochtone patiënten reageren met psychotische en paranoïde neigingen. Zij ervaren meer achterdocht in het openbaar vervoer of hadden wanen over achtervolging door Marokkanen.

Patiënten met een psychotisch ziektebeeld bouwen de maatschappelijke spanningen in hun wanen in (ibid., p36),

zo meldt een psychiater.

Wij en de anderen

Hulpverleners signaleren de gevaren van het denken in verschillen al langer. Wolffers (2008) zegt het in een bespreking van het Intercultureel addendum angststoornissen scherp.

Ik probeer het woord allochtoon en ook de term culturele achtergrond te vermijden. We moeten toch ondertussen allergisch geworden zijn voor die begrippen omdat ze een tweedeling suggereren die niet bestaat. “Wij en de anderen”. Wij met de wetenschap en zij met een andere cultuur. Schinkel (2007) deed een poging om duidelijk te maken dat ‘culturalisatie’ een vorm is van het buiten onze eigen categorieën sluiten van ‘de ander’, variërend van racisme tot indeling in gedocumenteerde versus ongedocumenteerde (‘illegale’) mensen (Wolffers, 2008, p178).

Wolffers vervolgt zijn bespreking van het addendum:

hoe je het ook wendt of keert, telkens weer hebben we te maken met de paradox die voortkomt uit het feit dat we onszelf als ijkpunt nemen en het andere aan de hand daarvan gaan beschrijven. Slechts heel zelden lukt het ons de wereld waarin we werken en functioneren zo te definiëren dat wijzelf daarin een net zo gelijkwaardige plaats krijgen als de anderen. Er is echter sprake van een conflict tussen de zienswijzen van de gebruikers van de zorg en de verleners van zorg. Elke gebruiker van de zorg die nog niet te veel paraprofessionalisering heeft ondergaan en nog op ‘eigen’ wijze over wat hem hindert spreekt, is voor een hulpverlener per definitie een ander, een allochtoon. Het vermijden van stereotypen, bewust zijn van eigen culturele achtergrond en de tijd nemen voor diagnostiek en voorlichting zou voor alle gebruikers van de zorg moeten gelden, niet alleen bij gebruikers die gebrandmerkt worden door hun land van herkomst (ibid., p179).

In dezelfde lijn als Wolffers is het essay van Mariëtte Hoogsteder (2009). De betekenis van cultuur in de gezondheidszorg staat er in centraal. Zij bespreekt *De gedroomde samenleving*, van Schinkel (2008) die stelt dat

het concept 'integratie' slechts leidt tot een scheiding tussen 'de samenleving' en zogenaamd 'niet-geïntegreerden' (Hoogsteder, 2009, p37).

Schinkel ziet de zogenaamde bedreigingen in de maatschappij als een vorm van sociale hypochondrie: onze samenleving is onzeker en praat zichzelf allerlei kwalen aan. De ingebeelde ziekte die we onszelf het meest aanpraten heet integratie. Voor de (geestelijke) gezondheidszorg is het vooral interessant om de werking van het concept cultuur na te gaan. Integratie werd vroeger vooral gericht op sociaal economische verschillen maar

in de laatste 10 à 20 jaar is een verschuiving opgetreden van aandacht voor sociaal economische factoren naar culturele factoren (ibid., p38).

Dat noemt Schinkel 'culturalisme' en dat heeft vijf kenmerken. Ten eerste wordt een veelsoortige problematiek in verband gebracht met cultuur en gebrek aan integratie.

Van vrouwenemancipatie tot criminaliteit, van achterstanden tot dubbele nationaliteiten, van opvoeding tot religie, alles wordt gekoppeld aan cultuur (ibid., p38).

Het tweede kenmerk is een essentialistisch beeld van cultuur, waarbij bepaalde verschijnselen gezien worden als uiting van een cultuur terwijl daar geen bewijs voor bestaat of waarbij het verschijnsel ook in andere culturen voorkomt, al dan niet in een andere vorm, net zoals Baumann (1999) over cultuur betoogt dat er een probleem is met het essentialistische concept van cultuur terwijl het wel in alledaags gebruik zo voorkomt.

Het derde kenmerk van culturalisme is dat er tegelijkertijd individualiserend en deïndividualiserend over cultuur en integratie wordt gesproken. Dat betekent dat individuele verantwoordelijkheid voor integratie beklemtoond wordt terwijl men tegelijk bij incidenten aangesproken wordt als lid van een culturele groep. Hierbij verwijst Schinkel naar de reactie op Marokkanen na de moord op van Gogh. Het vierde kenmerk is dat cultuur als verklarende factor gebruikt wordt en het vijfde dat cultuur een probleem is maar dan alleen van de niet-dominante groepen in de samenleving. Een dergelijke analyse van 'culturalisme' gaat ook op voor interculturele zorg en net als Woffers beschouwt Schinkel dat als een vermomde vorm van racisme. Hij vindt het gebruik van cultuur in deze zin gewelddadig omdat

het oordeelt over mensen onafhankelijk van hun handelen; wat mensen ook doen, ze worden veroordeeld om wat ze zijn. Bovendien wordt cultuur en gender vaak negatief met elkaar in verband gebracht in zaken als eerwraak, alleenstaand moederschap en vrouwenbesnijdenis (Hoogsteder, 2009, p39).

De betekenis van cultuur in de gezondheidszorg is dan dat het continu een scheiding in stand houdt tussen patiënten met een cultuur en patiënten over wiens cultuur niet gesproken hoeft te worden. Zelfs een meer dynamisch

cultuurbegrip biedt geen oplossing omdat de eerder genoemde kenmerken van 'culturalisme' er niet door veranderen.

Inwikkeling

Victor Kouratovsky (in Beunderman e.a. 2007) beschrijft cultuursensitieve diagnostiek en therapie voor kinderen en adolescenten met behulp van een kader dat berust op drie invalshoeken: culturele achtergrond, *inwikkeling* en etniciteit, migratie en acculturatie. Door *inwikkeling* te plaatsen tegenover ontwikkeling wordt benadrukt dat het behoren tot een groep (belonging) essentieel is voor de zelfveraring (Baumeister & Leary, 1995, in Kouratovsky, 2007). Door *inwikkeling* kan een intern, coherent besef van '*ergens bij horen*' ontstaan, dat uitgedrukt kan worden in (deel)identiteit en etniciteit (Vedder & van de Vijver, 2003, in Kouratovsky, 2007.). Dit is een universeel geldig proces,

iedereen is namelijk in deze zin etnisch en ingewikkeld in taal en cultuur (Dahlal, 2006, in Kouratovsky, 2007, p169).

Het begrip *inwikkeling* in de zin van *ergens bij horen* en de problemen die kinderen daarmee kunnen hebben als zij migreren en met meerdere culturen te maken hebben, is eerder door Eppink (1974) ook genoemd. Schnabel (2000) gebruikt ook het concept van '*ergens bij horen*' om de psychische problemen van migranten te verklaren. Met het begrip *inwikkeling* als achtergrond, verklaart Kouratovsky het risico dat migratie heeft voor psychiatrische stoornissen. Diverse onderzoeken laten zien dat ernstige psychiatrische beelden van psychose en schizofrenie verband blijken te houden met migratie. Andere risicofactoren voor schizofrenie gaan vaak samen met migratie: wonen in een stad, het behoren tot een minderheid, eerder trauma, blootstelling aan stress van moeder en kind, een andere huidskleur, discriminatie, gebrekkige sociale integratie, weinig steun en slechte maatschappelijke vooruitzichten. Het bijzondere van de onderzoeksresultaten is

dat nu dus ondubbelzinnig en voor het eerst blijkt dat ook een ernstige stoornis als schizofrenie in relatie blijkt te staan met de psychosociale stress die samenhangt met migratie (Kouratovsky, 2007, p170).

Immigratie betekent in de regel ook een verandering van taal en het optreden van tweetaligheid. Het verband tussen taalstoornissen en psychopathologie is nog te weinig onderkend maar taalproblemen zijn duidelijk geassocieerd met gedragsstoornissen en leerstoornissen. Dat leidt tot de aanbeveling om waar psychopathologie en tweetaligheid samengaan ook rekening te houden met een vertraagde of verstoorde taalontwikkeling. Acculturatie wordt opgevat als '*inwikkeling in de dominante waarden van de samenleving*'. Berry onderscheidt vier uitkomsten van de wisselwerking tussen de immigrant en het land van ontvangst: assimilatie, integratie, separatie en marginalisatie. Van deze vier is integratie het best voor de geestelijke gezondheid (Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006). Bij integratie is sprake van '*een geslaagde nieuwe inwikkeling*' (Kouratovsky, 2007, p. 172). Het is echter de vraag of integratie of biculturalisme altijd de beste oplossing is. Biculturalisme blijkt soms ook een bron van stress als

migranten in een omgeving terecht komen, die niet vriendelijk voor hen is en waar hun achtergrond als probleem gezien wordt (Donahue, Robins, Roberts & John, 1993). Nu het klimaat harder wordt, is het goed om ook te kijken naar de psychische kosten van biculturalisme.

Bij de belangrijkste etnische groepen in Nederland zien we de meeste psychiatrische problemen bij Marokkaans-Nederlandse en Caribisch-Nederlandse jongeren. Asielzoekers en vluchtelingen, en vooral de jeugdigen onder hen (Bean, 2006, in Kouratovsky, 2007) vertonen een bijzonder groot risico op psychopathologie. Verklaringen voor die hogere risico's worden gevonden in de onderlinge organisatie van de groepen en mogelijkheid van steun, in hun uiterlijk en herkenbaarheid (Selten & Cantor-Graae, 2005, in Kouratovsky, 2007) en zeer waarschijnlijk ook in hun naam en de verschillende waardering als gevolg daarvan (Montreuil & Bourhis, 2001, in Kouratovsky, 2007). Vooral vluchtelingenjongeren, Marokkaans-Nederlandse en Caribisch-Nederlandse jongeren worden in Nederland uitgesproken laag gewaardeerd (Wigboldus, 2006, in Kouratovsky, 2007). Stereotypering speelt hierin een belangrijke rol.

Ervaren discriminatie is een opmerkelijk sterke predictor van negatieve aspecten van het acculturatieproces. Een verhoogd risico op psychose en schizofrenie hangt hier mee samen. Het expliciet bevorderen van integratie zou dan ook, volgens Kouratovsky, een doel moeten zijn van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Instellings- en opleidingsbeleid, het ontwikkelen van richtlijnen² en toepassing van interculturele competenties kunnen daaraan bijdragen.

De multiculturele samenleving

Een voorbeeld van een theoretisch model, waarin is opgenomen hoe de samenleving invloed heeft op de ontwikkeling van psychische klachten, zien we in de module 'multiculturele samenleving' binnen de sector deeltijd van GGZ Buitenamstel, ontwikkeld door de Voogt en Klok (In Beunderman e.a. 2007). In de basisgroepen in de sector deeltijd

passen cliënten met een multiculturele achtergrond zich in de groepen aan (de Voogt & Klok, 2007, p31)

waardoor de cultuur van herkomst ondergewaardeerd of ontkend wordt. Ook de impact van migratie op de problemen wordt vaak ontkend, zowel door cliënten als door therapeuten. De cliënten komen op eigen verzoek of op indicatie in de reguliere behandelingsprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen terecht. De meeste van hen hebben hun hoofddiagnose op as II³. De Voogt en Klok vermoeden dat daarbij sprake is van overdiagnostisering.

² De richtlijn 'verklaringskaders expliciteren en navragen' wordt hierbij als voorbeeld genoemd.

³ In de classificatie volgens de DSM IV wordt op vier assen de problematiek aangegeven. As II is voor persoonlijkheidsproblematiek en als hier op de hoofddiagnose wordt gesteld, betekent dit dat deze problemen de voornaamste reden voor behandeling zijn.

Antropologisch gezien blijkt cultuur veel dieper verweven met de persoonlijkheid dan wij Nederlanders gewoonlijk denken. Ontworteling maakt onzeker en destabiliseert. Klachten worden onnodig gepathologiseerd en gepsychiatriseerd. Door migratie te beschouwen en te behandelen als een levensfaseovergang en de klachten daarmee in verband te brengen, neemt de kans op een verkeerde diagnose af en wordt de behandeling effectiever (ibid., p31).

De behandeldoelstelling van de basisgroepen wordt bij multiculturele cliënten vaak slechts gedeeltelijk behaald,

vooral als de behandeling zich richt op het verkrijgen van meer autonomie en het vinden van een eigen identiteit. Door het onder- of niet belichten van de verschillende elementen uit de verschillende culturen worden delen van hun identiteit verdrongen, ontkend of overgewaardeerd (ibid., p32).

Het hoofddoel van de module multiculturele samenleving is het bieden van ondersteuning aan deelnemers in de ontwikkeling van een identiteit waarin elementen uit meerdere culturen naast elkaar bestaan en zich met elkaar verbinden. In de werkwijze geeft de multiculturele groep cliënten

de inbedding en het thuisgevoel die nodig zijn om zich in allerlei settings de werking van 'dominante culturele narratieven' bewust te worden en om er hun levensverhalen, die anders zijn, naast te kunnen zetten (ibid., p33).

Er wordt vanuit een holistische visie gewerkt, zonder scheiding te maken tussen lichamelijke, psychische, intellectuele, relationele of spirituele aspecten. Er is een groot aantal thema's, waaruit met de deelnemers gekozen wordt. Centraal staat het omgaan met de vaak tegenstrijdige verwachtingen, normen en waarden, het spanningsveld tussen de cultuur van herkomst en de cultuur van migratieland, de 'klempositie' die hierdoor kan ontstaan en de verschillende manieren om met die klempositie om te gaan.

De module kan begrepen worden als een 'transitionele ruimte' (Meurs & Gailly, 1998 in de Voogt & Klok, 2007, p40)

waarin ontmoeting tot stand komt tussen meegebrachte cultuur, de cultuur die in een migrantengezin leeft en de cultuur die vanuit de omgeving op hen afkomt.

Interculturele competenties

Culturen zonder muren in 2003 is het eerste symposium na de reeks *Culturen binnen Psychiatriemuren* en het thema is culturele competentie en professie. Kortmann opent de reeks met een relaterend geluid:

De kwalificatie 'intercultureel' in de vraag, wat een psychiater aan kennis en vaardigheden nodig heeft in de Nederlandse interculturele GGZ, is in feite

overbodig. Interculturele GGZ is gewone GGZ. Omdat er altijd een cultuurskloof bestaat tussen hulpvrager en hulpverlener is alle hulpverlening transculturele hulpverlening. Een vertrouwensrelatie is een voorwaarde voor de therapietrouw van een patiënt. Het aangaan ervan is moeilijker naarmate het cultuurverschil tussen hulpvrager en hulpverlener groter is. Al te gemakkelijk speelt de etnocentrische reflex een storende rol in de relatievorming (Kortmann, 2003, p12).

Een interculturele behandeling dient volgens Kortmann aan drie voorwaarden te voldoen:

- Ze moet professioneel zijn volgens de 'state of the art'.
- Het behandelvoorstel moet begrijpelijk, acceptabel en zinvol zijn in de ogen van de patiënt.
- De psychiater moet zijn rolgedrag aanpassen aan de verwachtingen van de patiënt.

In dit model over de interculturele competenties ligt het accent bij de professional die zijn of haar kennis over migranten op peil moet brengen of houden, de vaardigheden moet leren om intercultureel te communiceren en zich een houding van respect en interesse in cultuurverschillen moet eigen maken. Perquin (2003) stelt dat een transculturele psychotherapeut de eigen psychologische concepten en rituelen moet kunnen relativiseren en 'tegen wat verwarring moet kunnen'. Er zijn zes specifieke aandachtsgebieden voor een transculturele psychotherapeut. Zij moeten kunnen omgaan met

- diverse hulpvraagcategorieën;
- het lichaam en ziel dilemma;
- het 'ik' en 'wij' dilemma;
- sekse en machtsverschillen;
- religie en magie;
- migratiestress.

Na vele jaren werken met migranten wordt cultuursensitief gedrag geleidelijk vanzelfsprekend, zo stelt verpleegkundige Luuk Preijde. Intercultureel communiceren, gaat dan steeds gemakkelijker (Preijde, 2003). Uiteindelijk zijn er dan ook twee kerncompetenties voor interculturele verpleegkunde: cultuursensitiviteit en interculturele communicatie.

Ook Karel Oei zegt over transculturele psychiatrie in een forensische setting dat de culturele competentie van de hulpverlener in principe niet verschilt van een collega in de algemene psychiatrie. Gevoelens van geweld of agressie zouden bij de autochtoon en de allochtoon precies hetzelfde zijn.

Alleen zal de allochtoon wellicht meer moeite hebben om de juiste intensiteit van de agressieve ontlading te ontwikkelen omdat agressie in vele andere culturen wordt omschreven in andersoortige gedragingen (Oei, 2003, p35).

Rolf Schwarz (2003) zoekt de verschillen in opvattingen over ziekte en gezondheid en hulpzoekgedrag tussen mensen vooral op sociaal-economisch gebied en zou het woord interculturalisatie het liefst afschaffen omdat het iets oproept dat niet bestaat. Doe maar gewoon en hou het bij interculturele

contacten. In bijlage 2 zullen we uitgebreider ingaan op de interculturele competenties.

5.6. Therapeutische praktijken

In de therapeutische praktijken zien we dat de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen meer gedifferentieerd, genuanceerd en veelzijdig is geworden. Men kan niet meer volstaan met het aanpassen van de hulpverlening op grond van één aspect, of het nou etniciteit of het gedwongen karakter van migratie betreft. We zullen een aantal verschillende therapeutische praktijken laten zien, ingedeeld naar werksoort of discipline en specifieke culturele verschillen. Psychotherapie en zeker psychoanalytische psychotherapie is nog lang ontoegankelijk geweest voor migranten en vluchtelingen. Gomperts beschrijft de effecten van subtiele verschillen op basis van etnisch-culturele herkomst van cliënten op het psychotherapeutisch proces. Net als in de psychoanalytische psychotherapie zien we in andere therapeutische praktijken een meer uitgewerkt en gelaagd begrip van interculturele ontmoetingen. Het gaat niet over redelijk abstracte termen als cultuurverschillen, communicatie en verwachtingen, zoals in de periode hiervoor, nee, hier gaat het om mensen, die elkaar leren kennen, ontmoeten en proberen te begrijpen. Respect lijkt het sleutelwoord. Daarna gaan we in op Functionele Gezinstherapie. Hier zullen we zien dat het verschil maken tussen allochtone en autochtone gezinnen niet altijd betekent dat de hulpverlener voor de allochtone gezinnen meer tijd moet nemen of extra inzet moet tonen. Afhankelijk van de fase, blijken Marokkaanse gezinnen meer inzet te tonen en veranderingen door te voeren dan autochtone gezinnen, die wel trouw de therapie sessie bezoeken maar thuis weinig doen met de interventies van de therapeuten. Net als in de vorige periode wordt in de GGZ werk gemaakt van groepsbehandelingen voor specifieke etnisch-culturele groepen en psycho-educatie om de zorg nog meer toegankelijk te maken.

Psychotherapie

De binnenwereld van migranten en vluchtelingen is het terrein van de psychoanalytische psychotherapie en de analyse. Hierover schrijft Gomperts (2005). De voorheen voor migranten en vluchtelingen vrijwel onbereikbare psychoanalytische psychotherapie is toegankelijker geworden voor migranten door de speciale aandacht, die het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) sinds 2000 besteedt aan de psychoanalytische behandeling van eerste en latere generaties migranten en vluchtelingen (van Waning, 1999). Gomperts wilde weten hoe de etnisch-culturele herkomst van deze cliënten en hun migratiegeschiedenis doorklinken in hun psychische problemen en in de psychoanalytische behandeling bij het NPI. Hij analyseert de achtergrond van 35 cliënten met een (gedwongen) migratie geschiedenis.

Op het eerste gezicht lijken deze cliënten op de andere cliënten die bij het NPI worden behandeld. Wat sekse en opleiding betreft vond ik geen significante verschillen. De arbeidsdeelname is bij de andere cliënten significant groter, maar cliënten met een etnisch-culturele

minderheidspositie studeren vaker. Beide groepen bestaan voor een belangrijk deel uit hoog-opgeleide, werkende of studerende vrouwen van rond de dertig jaar. Het lijkt er dus op dat de cliënten met een etnisch-culturele minderheidspositie in maatschappelijk opzicht niet minder zijn geïntegreerd dan de andere NPI-clieënten. Dat is opmerkelijk, want het contrast met hun achtergrond is vaak indrukwekkend groot. Een cliënte vertelt: 'Ik kom uit een gastarbeidersgezin. Mijn ouders komen uit een heel klein bergdorp en hebben niet leren lezen en schrijven. Ik ben goed geïntegreerd en via een stage in mijn baan gerold'. De maatschappelijke integratie is groot, maar hun psychologische integratie staat onder druk. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit het feit dat ze significant meer psychische stoornissen hebben dan de andere cliënten van het NPI en dat ze significant lager scoren op de General Assessment of Functioning Scale (Gomperts, 2005, p682).

Hoewel het NPI probeert de drempel te verlagen voor cliënten met een etnisch-culturele minderheidspositie, komt slechts één cliënt (van de 35) in psychoanalyse. De overigen gaan in psychoanalytische psychotherapie. Ter vergelijking: in 2003 begon 18,6% (16 van de 86) van de andere cliënten die na de intake een indicatieonderzoek ondergingen aan een analyse. Aan de hand van casuïstiek laat Gomperts zien dat

geweld, dwang, onderworpenheid, respect, eer, wraak en schande in de innerlijke voorstellingswereld van de onderzochte cliënten een grote plaats innemen (ibid., p691).

Hij beschrijft de diagnostiek en het psychotherapeutisch proces door zowel therapeuten als ex-clieënten aan het woord te laten over splitsing,

die versterkt kan worden door de geografische en etnisch-culturele afstand die aan migratie en vlucht eigen is (ibid., p688).

Splitsing, een bekend concept in de psychoanalytische psychotherapie, krijgt een andere betekenis als ervaringen van cliënten uit hun verleden sterk verschillen van hun huidige leven. Dat kan te maken hebben met de geografische afstand maar ook met cultuurverschillen in relaties. Het bespreken van etnisch-culturele tegenstellingen met de therapeut kan lastig zijn omdat veel cliënten de therapeut idealiseren als de uitzondering, of zoals een therapeut omschreef:

Ik denk dat de positieve overdracht vaak zo sterk speelt vanuit het gevoel dat ik een veilig baken ben in een vreemde en soms vijandige wereld. En die positie leent zich erg voor idealisering. Ik vond haar (de cliënt) ook heel alleen en had erg met haar te doen. Negatieve overdracht kon zij zich eigenlijk niet permitteren, want die betekent een nieuw verlies, en vanuit mijn tegenoverdrachtsgevoel wilde ik de positieve overdracht dan ook niet ondermijnen. Daarom denk ik ook dat ik wat makkelijker was als ze onregelmatig kwam. Ze wist dan dat ik hier zit, ook al kwam ze niet. Een ankerpunt, een steun en toeverlaat in Nederland, dat betekende erg veel voor haar (ibid., p695).

Interculturele ontmoeting en respect

Marja Rexwinkel, psychotherapeut, kinderpsychoanalytica en coördinator van het infantteam bij het NPSAI in Amsterdam, gaat in op ouder-baby behandeling in migrantengezinnen (in Beunderman e.a. 2007). Het krijgen van een goede werkrelatie met Turkse en Marokkaanse gezinnen, waarin eetproblemen met baby's en peuters spelen, is vaak ingewikkelder dan bij autochtone gezinnen.

Zowel bij gezinnen als bij hulpverleners zijn de belevingen en gedachtes over de aangemelde problemen en over het therapeutisch proces gekleurd door de eigen culturele afkomst. Verschillen in culturele achtergrond tonen zich in patronen van relatievorming tussen ouder en kind, tussen man en vrouw, tussen generaties, tussen gezin en therapeut. De verschillen tussen het eigene en het andere worden in een eerste ontmoeting vaak uitvergroot. Tegen deze achtergrond moet de therapeut proberen een therapeutisch proces op gang te brengen. Dit staat of valt met het begrip en respect van de hulpverlener en met de manier waarop het respect getoond kan worden in het contact met het gezin (Rexwinkel, 2007, p105).

Migratie kan gezien worden als het loskomen van een moederland, moedergroep, moedertaal en het ontwikkelen van een nieuwe identiteit in een ander land, een andere sociale groep, omringd door een andere taal en leefwereld (Meurs, 1998, in Rexwinkel, 2007, p114).

De geboorte van kinderen is te zien als een bevestiging van de migratie. Het is een nieuw begin maar ook een bevestiging van de breuk met het land van herkomst. Vaak zijn er bij migratie twee reacties merkbaar: of rigide vasthouden aan de cultuur van ginds of aanpassing aan de cultuur hier (Rexwinkel, 2007, p115).

Soms verschillen ouders in een gezin in oriëntatie. Dagelijkse opvoedingspraktijken zijn altijd sterk cultureel gekleurd.

In de westerse wereld bestaat het kerngezin uit moeder, vader en kinderen, staat separatie/individueel centraal en is er sprake van een individueel ik. In veel culturen buiten de westerse wereld bestaat het kerngezin uit moeder, de vrouwengroep, kinderen, vader en de mannengemeenschap. Er is sprake van separatie/integratie in de groep/familie. Het 'ik' is een onderdeel van een groter geheel. Beide familieconstellaties zijn cultureel ingebed. Cultuur is daarin te zien als een container, als affectieve geborgenheid, waarbinnen ervaringen een plaats krijgen en verwerkt kunnen worden (ibid., p115).

In cultuursensitief werken is het van belang om de cultuur te zien als een container die onbruikbaar is geworden, waardoor ervaringen geen betekenis meer krijgen of niet verwerkt kunnen worden.

Cultuursensitief werken betekent werken met discontinuïteit en breuken, met trauma en verlies. Cultuursensitief werken betekent ook beseffen dat zowel beleving en gedachten over het aangemelde probleem, als over de behandeling en behandelaars gekleurd worden door de eigen culturele wortels: dat toekomst herkomst is. Pas dan ontstaan er momenten van interculturele ontmoeting tussen therapeut en gezin (ibid., p115).

Het verschil tussen deze tekst en de eerder beschreven theoretische modellen, bijv. in hoofdstuk 3, is dat de auteur er rekenschap van geeft dat cultuur zowel bij migranten als bij hulpverleners uit de westerse wereld aanwezig is, waardoor echte ontmoeting en respect mogelijk wordt.

Functionele gezinstherapie en culturele verschillen

Functionele gezinstherapie (Sexton & Alexander, 2002) is begin zeventiger jaren ontwikkeld in Amerika en wordt nu ook in Nederland gebruikt (Breuk, Khatib Alaoui & Jongman in Beunderman e.a. 2007). Heel kort samengevat zijn er drie fases: verbinding en motivering, gedragsverandering en generalisatie. Over het algemeen sluit de eerste fase, verbinding en motivatie, goed aan bij Nederlands autochtone gezinnen. Deze gezinnen

zijn gewend aan het vragen van hulp bij problemen en vinden praten over problemen met een therapeut een bij hun cultuur passende manier om geholpen te worden (Breuk, Khatib Alaoui & Jongman, 2007, p18).

Ook bij Surinaams-Creoolse gezinnen zijn de verbinding en motivatie meestal geen probleem omdat

de merendeels alleenstaande moeders gewend zijn hun eigen zaken te regelen. Het voordeel is dat zij meestal veel autoriteit over en respect van hun kinderen hebben (ibid., p18).

Het nadeel is dat veel Surinaams-Creoolse moeders hard moeten werken en na enkele zittingen (ook al verlopen die succesvol) niet meer verschijnen.

Bij Marokkaanse gezinnen is er

ook door taalproblemen, vaak de grootste culturele kloof te overbruggen tussen de therapeut en het gezin. Er is meestal veel schaamte om met buitenstaanders problemen te bespreken. Bovendien hebben nogal wat gezinnen te lijden gehad onder onbegrip en vooroordelen van andere Nederlanders en helaas ook van de Nederlandse overheid. De hulpverleningsinstelling wordt vaak beschouwd als een verlengde arm van de overheid en daarom worden hulpverleners nogal eens met wantrouwen bekeken (ibid., p19).

De hulpverlener moet dan tijd nemen, op huisbezoek gaan en proberen toestemming te krijgen problemen te bespreken. Maar die extra inspanningen hebben wel resultaat want,

als een band met het gezin is verkregen, wordt hulp vaak dankbaar aanvaard en zijn alle partijen meer gemotiveerd voor therapie (ibid., p19).

In de tweede fase, gericht op gedragsverandering, zien de therapeuten ook verschillen. In Nederlandse autochtone gezinnen

verschillen ouders vaak openlijk van mening waardoor de jongere de ruimte heeft hen tegen elkaar uit te spelen en het ongewenste gedrag voort te zetten. Autochtone ouders vinden communicatie met hun kinderen wel passend maar ze vinden het lastig om hun autoriteit te laten gelden (ibid., p20).

Zij handelen vaak niet consequent en

met een zekere ironie van de therapeuten wordt wel eens opgemerkt dat de (alleenstaande) moeders zeer gemotiveerd zijn voor de wekelijkse gesprekken, maar minder (in staat) tot concrete gedragsverandering en probleemoplossing (ibid., p20).

Bij Surinaams-Creoolse gezinnen wordt de therapeut geholpen door de autoriteit van de moeder. Een valkuil is echter dat

bij een terugval soms hevige en emotioneel geladen beschuldigingen door de ouders naar de kinderen worden geuit (ibid., p20).

Bovendien moeten zij gemotiveerd worden om gedragsveranderingen (zoals geregelde communicatie) vol te houden, juist als de problemen wat op de achtergrond raken. Tenslotte kost het veel alleenstaande hardwerkende moeders moeite om voldoende toezicht te houden op hun kinderen, waardoor deze gemakkelijk onder invloed komen van (criminele) jongeren. In vergelijking tot de problemen in de eerste fase, verloopt de fase van gedragsverandering bij Marokkaanse gezinnen relatief gemakkelijk en vlot.

De therapeut wordt als 'loods aan boord' benut en adviezen worden vaak trouw en met succes uitgevoerd (ibid., p20).

De belangrijkste aanpassing is meestal te zoeken naar een meer open communicatie tussen de ouders.

Ouders moeten leren een evenwicht te vinden tussen controle en het 'handen aftrekken' enerzijds (vooral iets dat de vader doet) en goedpraten en beschermen anderzijds (vooral de moeder), door meer gezamenlijk hun kind te coachen (ibid., p20).

Over de derde fase, generalisatie, wordt alleen opgemerkt dat van het gezin meer zelfstandigheid gevraagd wordt en de behandelaar blijft monitoren en waar nodig ondersteunen. Daarin wordt geen verschil beschreven tussen de drie 'soorten' gezinnen.

De conclusie is dat Functionele gezinstherapie een bewezen effectieve gezinstherapie is, die in Amerika ook al met succes werd toegepast bij verschillende minderheidsgroepen en dat het in Nederland ook gelukt is deze methode toe te passen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is

opmerkelijk dat het cultuur-sensitief toepassen van de Functionele gezinstherapie het noodzakelijk maakt om het team aan te vullen met gezinstherapeuten met andere etnische achtergrond (ibid., p17).

Daarnaast blijken aanpassingen noodzakelijk voor alle culturele groeperingen, inclusief de autochtone Nederlanders. Daarbij bleek de Functionele gezinstherapie juist goed te passen bij Marokkaanse gezinnen omdat het

in deze cultuur gebruikelijk is om problemen binnen en mét het gezin op te lossen (ibid., p28).

Bij een voorlichting over deze therapie aan Marokkaanse vaders zegt één van hen:

Wij lossen alles op binnen ons gezin, waarom kostte het jullie zoveel tijd om daar achter te komen (ibid., p28)?

Opvallend in de beschrijving is de nuancerings, die aangebracht wordt in onderdelen van het therapeutische proces. Er wordt met meer subtiliteit voor de inhoud van cultuur gezocht naar effecten op de behandeling.

Groepsbehandelingen en psycho-educatie

Nu ook het 'bolwerk' van de psychoanalytische psychotherapie voor migranten en vluchtelingen geslecht is, kunnen we spreken van een integratie van de migranten en vluchtelingen in de GGZ. Dat blijkt ook uit de andere bijdragen in *MGv Migranten* uit 2005. Er worden al veel allochtonen in de GGZ geholpen. Marokkaanse mannen in groepstherapie, Chinezen in programma's voor psycho-educatie en voor Turkse depressieve vrouwen is een apart diagnostisch instrument ontwikkeld. Deze werkwijzen duiden op specifieke aandachtspunten in de behandeling van migranten en vluchtelingen die soms enigszins kwetsbaarder zijn voor psychische stoornissen (de Graaf e.a. 2005) maar niet alle minderheidsgroepen hebben een slechtere psychische gezondheid dan de dominante etnische groep.

5.7. Praktijkervaringen

Toen het AZC in de regio waar ik werk in 2004 de deuren sloot omdat er veel minder asielzoekers naar Nederland kwamen, veranderde ook mijn werk weer. Ik krijg gezinnen in behandeling, die een indicatie psychotrauma meekrijgen bij de aanmelding. Dat kunnen zowel migranten, vluchtelingen als in Nederland geboren cliënten zijn. De relatieve vrijheid, die ik enkele jaren had gehad om een eigen hulpaanbod vorm te geven aan de jongeren op een AZC, veranderde

daarmee. Ik werk nu in een team van de GGZ en de richtlijnen voor intakes en behandelingen na psychotrauma zijn bepalend voor de hulpverlening. Deze werkwijze komt, denk ik, overeen met de praktijk van hulpverleners in andere instellingen. Migranten en vluchtelingen worden steeds minder als een specifieke doelgroep gezien maar zij worden, net als andere cliënten behandeld volgens het protocol of het zorgprogramma dat bij een bepaalde classificatie of diagnose hoort. Dan is het vervolgens de vraag of hulpverleners competent (genoeg) zijn om met interculturele thema's om te gaan. Soms is dit lastig. Verschillende verklaringen voor problemen en klachten kunnen naast elkaar bestaan. Lang niet altijd wordt er zo duidelijk en expliciet over gesproken als in het volgende voorbeeld.

De moeder van Sami is bekend met de werkwijze van westerse hulpverleners en zegt dat praten over mensen die dood zijn (in dit geval gaat het over de moord op de vader van Sami) in haar cultuur niet mogelijk is. Toch heeft Sami veel last van gedachten over en herbelevingen van de moord op zijn vader, waarvan hij getuige is geweest. Zonder over zijn vader te praten, komen we dan niet verder. Het is zoeken naar een interactie, die voor moeder acceptabel is en voor de hulpverlener voldoende om mee te kunnen werken.

Sami, een 13-jarige jongen, woont met zijn moeder en zusje van 11 sinds enkele maanden in de stad, waar ik werk. Ze hebben eerst enkele maanden in een AZC gewoond, nadat ze gevlucht zijn uit een Afrikaans land. Sami slaapt slecht en wordt angstig wakker van nachtmerries. Hij is bang dat 'ze' hem komen vermoorden. Overdag vraagt hij steeds vaker aan zijn moeder waarom zijn vader vermoord is. Sami heeft alles gezien en is zelf ook bedreigd. Een aantal mannen is hun huis binnen gevallen, zijn vader is vermoord en zijn moeder is meegenomen. Eén van de mannen wilde Sami ook vermoorden maar een andere man zei dat deze jongen daarvoor nog te jong is. Daarop zei de man dat hij later voor Sami terug zal komen en hem overal zal vinden. Dit verhaal kunnen Sami en moeder maar ten dele zelf vertellen, de andere delen weten we van hun gesprekken bij VluchtelingenWerk en op school. Sami zit tegenover ons, de tranen lopen over z'n gezicht terwijl moeder zegt dat hij bang is. Zij zegt er meteen bij dat zij niet wil praten over wat er gebeurd is, dat is niet goed. "Het past niet in mijn cultuur". Zij bedoelt dat je niet moet praten over dode mensen. En zij zegt dat ze heel goed weet dat hulpverleners dat wel willen doen. Sami vertelt later, alleen, aan mijn collega, nog wel iets meer maar ook hij wil er verder niet op ingaan. Twee weken later vertelt moeder dat zij bang is terug te moeten. Het land waar zij vandaan komen is niet langer in (burger)oorlog en alle vluchtelingen moeten in principe terug tenzij zij kunnen aantonen dat zij persoonlijk risico liepen en opnieuw zullen lopen. De advocaat denkt dat zij een goede kans maken op asiel en vraagt ons een brief te schrijven over de gevolgen van de ingrijpende ervaringen op Sami en zijn moeder.

Het werken met dit gezin illustreert drie eerder besproken thema's. Allereerst zien we de invloed van gewelds- en vluchtervaringen, die tot angst en nachtmerries (herbelevingen) hebben geleid en tot vermijding om over die ingrijpende gebeurtenissen te praten. Nu het gezin relatief veilig is, uit de

centrale opvang, komen er meer vragen over die ervaringen. Maar die veiligheid is ook nog niet volledig, de angst om terug te moeten keren speelt bij Sami en zijn moeder een belangrijke rol.

Een tweede punt dat we met dit gezin illustreren is de toepassing van een standaardprocedure in de hulpverlening aan migranten of vluchtelingen. In het protocol rond traumaverwerking is een reconstructie van wat er gebeurd is, de eerste stap. Daarop kan EMDR⁴ of een andere trauma-aanpak volgen. We hoeven niet ver te zoeken om die ervaring te benoemen maar een reconstructie ervan is te moeilijk. Sami wil er na de eerste keer eigenlijk niets meer over vertellen en moeder durft het al helemaal niet aan. Het stelt de hulpverleners voor een dilemma. Het blijven vermijden van de ingrijpende ervaring zal tot angst en herbelevingen blijven leiden. Bovendien zijn de vragen van Sami en zijn angsten ook heel reëel. Hoe moet hij weten dat hij veilig is als hij niet weet waarom zijn vader is vermoord? Soms krijgen hulpverleners te horen dat zij altijd willen graven in het verleden. Maar bij deze jongen is duidelijk te merken dat het verleden voor veel spanningen zorgt.

Het derde punt heeft te maken met hoe migranten en vluchtelingen gewend zijn geraakt aan de hulpverleningspraktijk in Nederland (en andere westerse landen). Een interessante uitspraak van de moeder van Sami is dat het niet in haar cultuur past om te praten over mensen die dood zijn. Zij zegt het alsof zij daarmee een toverformule uitspreekt. Het lijkt erop alsof zij weet dat hulpverleners met veel respect zullen omgaan met cultuur, alsof ze met dat te zeggen kan bezweren dat we er dan ook geen vragen over zullen stellen.

En om het nog ingewikkelder te maken: wij, als hulpverleners, hoeven eigenlijk niet alle details van de ervaringen te horen maar kunnen ook werken met de gevolgen van die ervaringen en de gevolgen van het er niet over praten (Bala en van Essen, 2007). Bijvoorbeeld wat het voor Sami betekent dat hij vragen stelt aan zijn moeder over wat er gebeurd is maar daar geen antwoord op krijgt. En hoe het voor moeder is dat Sami vragen stelt, waarop zij niet kan ingaan.

Na overleg besluiten we hen in eerste instantie te volgen in het niet starten met trauma behandeling maar hen wel uitleg te geven over de te verwachten resultaten van die behandeling. Om iets meer rust te krijgen, stellen we slaapmedicatie voor Sami voor. Op verzoek van moeder overleggen we met de advocaat en schrijven we een brief over de psychische problemen en over de voorgestelde behandeling. De medicijnen helpen, er komt iets meer rust en moeder verrast ons door na enkele weken te zeggen dat zij zelf de EMDR wil. Als het werkt, kan Sami er daarna ook van profiteren. Als zij dit eenmaal besloten heeft, kan het niet snel genoeg gaan. Zij wil direct beginnen. Een brief van de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND) waarin het verleende asiel voor bepaalde tijd wordt opgeschort in verband met een bepaald artikel in de wet, zorgt voor paniek. We kunnen hen daar alleen maar voor naar de advocaat verwijzen en hopen dat hun verblijf hier niet beëindigd wordt.

Het voorbeeld van een Nederlandse jongen van Marokkaans-Nederlandse ouders laat zien dat generaties, maar ook familieleden van dezelfde generatie,

⁴ EMDR is de afkorting van Eye Movement Desensitization and Reprocessing, een kortdurende behandelingsmethode om ingrijpende ervaringen te verwerken.

verschillen in de manier waarop zij gebruik kunnen en willen maken van zorg. Abdel, zijn zus en zijn vader kunnen de problemen van hem met de hulpverleners gemakkelijk bespreken. De moeder van Abdel en zijn opa en oma zouden mogelijk wel meer hulp kunnen gebruiken maar hier lijkt toegankelijkheid en onbekendheid met voorzieningen hen te belemmeren. In het uitvoeren van de behandeling van de klachten van Abdel zien we geen interculturele aspecten. In het uitnodigen van de zus van Abdel en zijn vader om te praten over de aansluiting van zorg en dienstverlening bij de problemen van grootouders en de moeder van Abdel, zou je wel een interculturele vaardigheid kunnen zien. Namelijk de vaardigheid om de familie als context centraal te stellen.

Een Nederlandse jongen van 11 jaar, Abdel, wordt voor traumabehandeling verwezen omdat hij een vinger is kwijt geraakt. Hij was toch buiten gaan spelen ook al hadden z'n ouders gezegd dat hij binnen moest blijven. Met een paar vriendjes is hij over het hek van een schoolplein geklommen om daar te voetballen. Toen ze weer weg gingen en over het hek klommen, is hij met een ring van z'n vinger aan het hek blijven hangen. De vinger moest geamputeerd worden. Hij is daarna druk geworden en probeert op school niet op te vallen, hij bluft over de verloren vinger. Abdel komt met zijn vader, die hem ondersteunt in het vertellen van het verhaal. Na enkele sessies EMDR is de reactie op de gebeurtenis veel minder geworden. Abdel vertelt dat hij zich zorgen maakt over zijn vader, die voor zijn zieke vrouw (de moeder van Abdel) moet zorgen maar ook nog voor zijn eigen ouders, de opa en oma van Abdel, die in hetzelfde flatgebouw wonen en van niemand anders hulp accepteren dan van hun zoon. De moeder van Abdel heeft psychische problemen. Zij durft niets, sluit zich af van contact, is vaak erg angstig en kan dagen op bed liggen. Een zus van Abdel is net klaar met een opleiding tot kinderleidster en zij helpt Abdel bij huiswerk. Met haar en vader maak ik een afspraak om te bespreken hoe zij voor de moeder van Abdel hulp kunnen vragen. Negen jaar geleden hebben zij contact gehad met de GGZ maar toen wilde de moeder van Abdel niets. Misschien is een activerende aanpak nu wel mogelijk. Ook bespreken we welke dagvoorzieningen er voor ouderen zijn en of de opa en oma van Abdel daar voor te motiveren zijn. Nu de last voor de vader van Abdel steeds zwaarder wordt en hij ook lichamelijke klachten krijgt, zien zij mogelijk wel in dat er iets moet gebeuren.

Net als in het vorige gezin zien we hier een illustratie van diverse thema's. Allereerst zijn de reacties van Abdel (het drukker zijn en op school camoufleren dat hij een vinger mist), te plaatsen in een psychotrauma vertoog. Ten tweede is er ook sprake van psychosociale problemen, waar ziekte, ouderdom en migratie een rol spelen. De vader van Abdel is een mantelzorger, zoals dat officieel genoemd wordt. Zijn familieleden maken weinig gebruik van zorg en dienstverlening, mede omdat zij denken de taal niet te spreken. De zus van Abdel weet echter dat er ook een dagvoorziening voor Marokkaanse vrouwen bestaat. Misschien durft de oma van Abdel het wel aan om daar heen te gaan.

Het derde thema is een aansluitingsprobleem ten aanzien van de GGZ. Voor de vader en zus van Abdel is het duidelijk dat zijn moeder psychische

problemen heeft. Bij de eerdere aanmelding bij de GGZ, vond de moeder van Abdel dat zij veel te veel moest vertellen. 'Ze bleven maar vragen stellen over het verleden'. Bovendien dachten ze dat ouders relatieproblemen hadden. Daarvoor werden zij verwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk. Maar, zo vertelt vader nu lachend, daar was helemaal geen sprake van. Het probleem was en is dat zijn vrouw heel snel uit evenwicht is, een gewoon gesprek al te veel vindt en zich dan terugtrekt, letterlijk de wereld buitensluit. Nu de kinderen iets groter zijn, denkt haar dochter dat zij misschien wel meer aankan en overdag weer actiever zou kunnen worden. Dan zou ze mogelijk ook weer wat meer aandacht aan Abdel kunnen besteden. Bij de nieuwe verwijzing voor de moeder van Abdel naar de GGZ is het van belang dat de gezinsleden goed duidelijk maken wat zij willen. Op hun verzoek heb ik met de huisarts overlegd, die mevrouw iedere maand ziet vanwege problemen met haar schildklier maar die niet vraagt naar psychische klachten. Een gerichte verwijzing naar een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, die met mevrouw een dagritme zou kunnen veranderen, lijkt een poging waard.

Dit is een voorbeeld van een gezin waarin thema's als migratie, integratie, ziekte en trauma door elkaar spelen. In de hulpverlening wordt dan vaak de complexiteit van dergelijke problemen gereduceerd tot een deel, dat door de hulpverlener behandeld wordt. Zoals dit gezin zijn er inmiddels vele. Mijn collega's en ik zijn gewend geraakt niet meer direct te denken in stereotype beelden over migranten en/of vluchtelingen maar juist verschillende dimensies en invalshoeken te bekijken. Ik denk dat, gebaseerd op vele casuïstiekbesprekingen, deze praktijkervaring voor veel hulpverleners geldt en dat zij genuanceerder zijn gaan denken over de behandeling van psychische problemen van migranten en vluchtelingen.

5.8. Samenvatting

Het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie vanaf 2002 is niet nieuw maar de accenten zijn significant verscherpt. De verscherping verloopt in twee richtingen. Nederland binnenkomen wordt steeds moeilijker, zowel voor asielzoekers als voor huwelijkspartners en de eisen aan migranten en vluchtelingen om zich in te burgeren worden dwingender. In het maatschappelijk klimaat treedt een verharding op ten aanzien van allochtonen, die nu als één groep gezien worden. De islamitische identiteit wordt benadrukt, ook bij mensen die zelf religie niet als de kern van hun identiteit beschouwen.

Er zouden geen verschillen meer zijn, die een specifieke aandacht in de gezondheidszorg rechtvaardigen. Als migranten of vluchtelingen al iets anders nodig hebben, specifieke zorg of een andere benadering, dan wordt dat nu gezien als een teken van slechte integratie. De verantwoordelijkheid voor het wegwerken van verschillen ligt in de eerste plaats bij hen zelf. Maar, als er economisch gewin denkbaar is door het ontwikkelen en aanbieden van categorale zorg, dan is dat ook goed. Vanaf 2005 zien we initiatieven op dat gebied.

De termen, die voor de doelgroep worden gebruikt, zijn nieuwkomers of allochtonen, het verschil tussen migranten en vluchtelingen valt steeds meer weg. Mikado en Pharos richten zich nu ook op beide groepen en de etniciteit van

cliënten is niet langer de meest bepalende factor in de constructie van de doelgroep.

De diversiteit in de doelgroep, niet zozeer ten opzichte van autochtonen maar veel meer in de etnisch-culturele groepen zelf, geeft de constructie van de doelgroep een ander karakter. Steeds vaker wordt gesteld dat we niet langer kunnen spreken over 'de Marokkaan' of 'de Hindoe Surinamer'. Dat leidt tot een meer individualistische benadering. Tegelijkertijd zien we dat er aandacht is voor toegenomen vijandigheid ten opzichte van allochtonen in het algemeen. Zij zouden angstig kunnen worden van confrontaties met Nederlanders die in iedere moslim een terrorist zien. Dat heeft wel lang geduurd want in 2005 schreef de hoofdredacteur van het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid dat de GGZ

nog doodleuk pleit voor 'interculturalisatie', en heeft niets tegen sociotherapeuten met baard of verpleegsters met hoofddoek. Maar beter dan enige inlichtingendienst heeft ze kijk op het binnenwerk van buitenlanders (Bos, 2005, p675).

Langzamerhand is het inzicht ontstaan dat etnische en culturele verschillen te weinig betekenis hebben in de praktijk, om daar een specifieke aanpak op te baseren. Interculturele competenties hebben dan ook meer te maken met het analyseren van en reageren op culturele oriëntaties, waarbij onderkend wordt dat de professional zelf ook zo'n oriëntatie heeft. Hulpverleners kunnen –zeker in de Randstad- niet langer volhouden dat 'zij niets met de doelgroep allochtonen hebben'. De opleidingen zijn nog niet zo ver dat zij hulpverleners opleiden tot multicultureel vaardige therapeuten maar de ontwikkeling van profielen van interculturele competenties en de discussie daarover, draagt wel bij aan een steeds multiculturelere GGZ.

In de therapeutische praktijken zien we dat migranten en vluchtelingen nu ook gebruik gaan maken van psychoanalytische psychotherapie, 'het neusje van de zalm' op therapiegebied en dat cultureel sensitief werken met migranten en vluchtelingen gelaagder, genuanceerder en completer is geworden. Deze wending in therapeutische praktijken geldt mogelijk slechts voor een kleine groep hulpverleners in de GGZ. De benadering van de hulpverleners getuigt van meer openheid en respect dan we in het maatschappelijk debat tegen komen. Het lijkt een vreemde spagaat: de samenleving verhardt maar de hulpverlening verzacht haar houding ten opzichte van migranten en vluchtelingen.

Hoofdstuk 6: samenvatting, wrijven en scharnieren.

6.0. Inleiding

Voor de terugblik op het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ maken we gebruik van onze periodisering. We zullen de thema's overheidsbeleid, zorgsysteem, zorggebruik, doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken nu stuk voor stuk samenvatten. Per thema worden de ontwikkelingen vanaf 1972 weergegeven.

We richten ons vervolgens op een aantal wrijfpunten en scharnieren. Wrijving tussen nieuwe inzichten en gevestigde opvattingen en praktijken geven vaak een idee over onderliggende conflicten. Waar hebben de onderliggende conflicten mee te maken? Waarom is er verzet tegen veranderingen? Waarom is er sprake van herhalingen? Het gaat dan om zeer uiteenlopende discussies of maatschappelijke debatten met als gezamenlijk kenmerk dat onderliggende waarden en opvattingen met elkaar strijdig lijken. We denken dan aan eerst een terughoudend beleid ten aanzien van migratie voeren, zoals bij de Indische Nederlanders maar daarna geruisloze aanpassingen verwachten. Of, in het geval van de asielzoekers, hen eerst lang passief laten wachten om vervolgens actieve inburgering te eisen. Andere wrijfpunten hebben te maken met de vraag of reguliere voorzieningen altijd het beste antwoord hebben op de vragen van migranten of vluchtelingen en als zij dan meer eigen initiatief nemen, of deze categorale voorzieningen dan eigenlijk wel aansluiten bij de hulpbehoeften van migranten en vluchtelingen. We realiseren ons ook dat er al heel veel geschreven is over culturele sensitiviteit. Als het gemakkelijk was om met verschillen om te gaan, was een herhaling niet nodig. Kennelijk is er meer aan de hand en stuiten we op ideeën over psychische gezondheid, die nauwelijks ter discussie staan.

Na de wrijfpunten, die te maken hebben met de botsingen tussen onderliggende vertogen, zoeken we naar de uitdagingen voor interculturele zorg in de huidige tijd. We noemen dat de scharnieren naar de toekomst. Lukt het om aansluiting te vinden bij opvattingen en praktijken in de GGZ, waarin omgaan met diversiteit een anker vindt, dan kan interculturele zorg vernieuwend werken, nieuwe inzichten geven en tot debat en creativiteit leiden. In tegenstelling tot de thema's in het verloop over migranten en vluchtelingen dat gebaseerd is op secundaire bronnen, wordt voor de beschrijving van wrijfpunten en scharnieren meer vrijheid genomen om stelling te nemen en richting te wijzen. We zullen hoofdstuk 6 afsluiten met het besef dat iedere beschrijving, ieder model een reductie van de complexe werkelijkheid is en die werkelijkheid onverwachte openingen kan bieden.

6.1. Overheidsbeleid

Immigratie is geen nieuw verschijnsel maar na de Tweede Wereld Oorlog gaat het wel om veel meer mensen en andere groepen. Indische Nederlanders en Surinamers willen in groten getale naar Nederland komen, ook al probeert de overheid hen met allerlei maatregelen daarvan te weerhouden. Ten aanzien van de arbeidsmigranten uit Turkije en Marokko is er in eerste instantie geen specifiek beleid. In de jaren zeventig vallen zij onder categoriaal welzijnsbeleid waarbij het uitgangspunt is dat zij hun eigen identiteit behouden zodat zij terug kunnen gaan als er geen economische vraag naar gastarbeid meer is. Dat beleid volgt twee sporen: bestrijding van maatschappelijke achterstand en het realiseren van noodzakelijke veranderingen in de samenleving om een multiculturele samenleving mogelijk te maken. Dat beleid omvat arbeid, onderwijs en huisvesting. Er is in eerste instantie geen aandacht voor gezondheid. Via het versterken van de rechtspositie van minderheden en gelijke behandeling tracht men integratie te bevorderen. De overheid bemoeit zich vanaf 1970 meer met immigranten en daarin is het concept van de verzorgingsstaat herkenbaar: de verzekering van minimumstandaarden voor alle legale ingezetenen, gelijkheid van rechten en kansen, evenredige deelname en gelijke behandeling.

In 1979 verschijnt het WRR rapport *etnische minderheden*. Daarin wordt duidelijk gesteld dat de tijdelijkheid van het verblijf van immigranten niet overeenkomt met de realiteit. De etnische minderheden zullen blijven. Om ervoor te zorgen dat etnische minderheden niet tot de zwakste sociale groepen blijven behoren, is beleidsintensivering noodzakelijk. Vanaf de jaren tachtig is sprake van integratiebeleid.

In het kader van de gelijke behandeling is het niet verwonderlijk dat het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse werknemers in 1972 pleit voor verbeteringen in de gezondheidszorg voor migranten. Er komen tolkencentra en voorlichting over de gezondheidszorg. In 1979 wordt het Centraal Medisch Team Vluchtelingen gevormd voor de medische opvang van vluchtelingen.

Met de minderhedennota van 1983 erkent de overheid dat immigratie een blijvend verschijnsel is en krijgt integratie met behoud van identiteit een andere betekenis. Het behoud van eigen identiteit zou de emancipatie in eigen kring stimuleren en daarmee de integratie in de samenleving. Men richt de aandacht vooral op sociaal economische integratie.

Al snel na het vaststellen van het minderhedenbeleid wordt geconcludeerd dat de integratie niet goed (genoeg) vordert. Vooral de arbeidsparticipatie blijft tegenvallen.

Vanaf 1991 is er ook meer discussie over de culturele c.q. religieuze verschillen als Bolkestein stelt dat de islam incompatibel is met de westerse samenleving, vooral vanwege de onderdrukking van vrouwen.

In de jaren negentig domineert het vraagstuk van de asielzoekers het beleid ten aanzien van immigratie en kort na elkaar, in 1994 en 2000 worden er nieuwe Vreemdelingenwetten aangenomen om de behandeling van asielaanvragen soepeler te laten verlopen. Bij de verkiezingen van 1994 is immigratie een belangrijk thema.

Tegen 2000 is er steeds meer ontevredenheid over de integratie van allochtonen en Scheffer spreekt zelfs van het multiculturele drama als grootste bedreiging voor de maatschappelijke vrede. Vanaf 2002 krijgt het integratiebeleid vooral het kenmerk van aanpassing aan de Nederlandse samenleving. Het behoud van eigen identiteit wordt nu met argusogen bekeken omdat het de integratie in de weg zou staan. Inburgeringeisen, tegengaan van segregatie en overnemen van waarden en normen zijn de belangrijkste nieuwe accenten. Na de 'ruk naar rechts', die het overheidsbeleid ten aanzien van integratie heeft laten zien, wordt er meer aandacht gevraagd voor binding en intensivering van het contact tussen autochtonen en allochtonen.

In het beleid ten aanzien van gezondheid is het uitgangspunt van gelijke rechten en kansen het leidend principe gebleven. Daarbij moeten migranten van de reguliere zorg gebruik maken, met als uitzondering de vluchtelingen voor wie wel specifieke voorzieningen in het leven worden geroepen. Vanaf 2005 zijn er categorale initiatieven voor migranten: de I-Psy's vestigen zich vanaf 2007 voornamelijk in de grote steden.

Interculturalisatie van de zorg leeft vooral tussen 1993 en 2002, daarna valt de overheidssteun weg. In die periode is wel veel op de kaart gezet maar de koepelorganisatie GGZ Nederland laat verdere ontwikkeling van interculturele zorg over aan drie organisaties die dicht bij het veld staan: Mikado, Pharos en het Trimbos Instituut.

Pas in 2007 komt er weer enige aandacht voor beleid ten aanzien van gezondheid en allochtonen terug.

6.2. Zorgsysteem

De beschrijving van het zorgsysteem zijn we eerder begonnen dan 1972 omdat er in de tijd daarvoor belangrijke ontwikkelingen zijn geweest. De belangrijkste ontwikkelingen zijn die van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de uitbreiding van disciplines in de GGZ en de toename van hun invloed. In de psychiatrische instellingen leidt de ontdekking van nieuwe psychofarmaca tot alternatieve behandelingsmethoden, met als kern dat er meer gezocht wordt naar verklaringen van de psychiatrische klachten en er met patiënten meer gepraat kan worden.

Het opnemen van migranten in intramurale instellingen stuit echter nog op veel problemen die te maken hebben met taal- en cultuurverschillen. Het risico bestaat dat zij zich geïsoleerd voelen van hun eigen gemeenschap, maar ook geen aansluiting vinden bij andere opgenomen patiënten.

In 1981 signaleert de hoofdredacteur van het Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid dat het principe van gelijke rechten en kansen in het overheidsbeleid ten aanzien van minderheden bepalend, voor de toegang tot de GGZ niet voldoende is.

Ontheemden hebben zeer specifieke problemen die samenhangen met hun maatschappelijke ontworteling; daarnaast hebben ze verplaatste problemen die alleen vanuit hun oorspronkelijke cultuur te begrijpen zijn; en tenslotte kennen ze eigen genezers en geneeswijzen, die voor een deel meegenomen werden –soms lijfelijk, soms als psychisch cultuurgoed. Ook

wie assimilatie aan de Nederlandse samenleving als eerste doel heeft, zal met al deze factoren rekening moeten houden (Heerma van Vos, 1981, p609).

Vanaf 1983 komen de RIAGG's in de grote steden dan ook met speciale projecten of afdelingen voor migranten. Vooral het aanstellen van hulpverleners met dezelfde etnische achtergrond als migranten lijkt het gebruik van de GGZ te stimuleren. In 1993 wordt een apart centrum ter bevordering van de gezondheidszorg voor vluchtelingen opgericht, Pharos. Pharos onderscheidt zich van soortgelijke organisaties in andere Europese landen door de ontwikkeling van een breed scala aan interventies en een multidisciplinaire aanpak, waarbij een eenzijdige preoccupatie met posttraumatische verschijnselen werd vermeden.

Het draagvlak voor een multiculturele samenleving leidt in het zorgsysteem tot meer aandacht voor onderzoek en onderwijs. Op het gebied van onderzoek wordt het programma Cultuur en Gezondheid, NWO/ZonMw, in het leven geroepen. Verschillen in gezondheid, beleving van ziekte en gezondheid en verschillen in gedrag van hulpzoekers zijn centrale thema's. Het is een omvangrijk programma. Als de eerste resultaten beschikbaar komen, is het draagvlak voor vernieuwing eigenlijk al zo verminderd, dat er nauwelijks sprake is van implementatie van de onderzoeksresultaten in de praktijk.

Het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in de gehele populatie neemt toe. Onder migranten is dat met enige vertraging ook het geval, al blijven er veel locale en onderlinge verschillen. De vraag naar zorg neemt zodanig toe dat de kosten uit de hand dreigen te lopen. Managers worden ingeschakeld om dit te reguleren en in het zorgsysteem worden 'managed care', standaardisering en 'evidence based' werken steeds belangrijker. Standaardisering is een bedreiging voor interculturalisatie, vraaggestuurd werken in principe niet.

Vanaf 1999 is er een financiële regeling voor de vergoeding van extra kosten die de GGZ maakt voor de behandeling van asielzoekers. De toename van het aantal asielzoekers in de periode ervoor, doet velen denken dat interculturalisatie voortaan vooral met asielzoekers te maken heeft maar de schijn bedriegt. Hun aantal neemt weer af en men is er als de kippen bij om te verklaren dat er geen gezondheidsverschillen zijn tussen autochtonen en allochtonen om specifieke interculturalisatie-projecten te blijven financieren.

Als er dan, door de toegenomen mogelijkheden in het kader van de marktwerking, ook nog categorale instellingen ontstaan, vreest men dat de prikkel tot interculturalisatie van de GGZ helemaal weg zal vallen. Er zijn in 2007 enkele voorzichtige pogingen om de multiculturele zorg nieuw leven in te blazen.

6.3. Zorggebruik

Het zorggebruik van de gehele populatie neemt vanaf de jaren zeventig alleen maar toe. De veranderingen in de psychiatrie leiden niet tot minder opnames. Eén van die veranderingen is zoveel mogelijk mensen met psychische problemen in de samenleving te laten leven. De opnames worden gemiddeld wel korter maar het totale aantal opnames stijgt. De ambulante zorg neemt nog veel sterker

toe. Vanaf 1982 verzorgen de RIAGG's een groot deel van deze ambulante zorg en in de eerste 10 jaar groeien zij sterk. Pas aan het eind van de jaren '90 vlakt de groei af. In de eerste periodes wordt niet vermeld of er migranten zijn, die gebruik maken van de zorg. Het Santpoort Ziekenhuis registreert vanaf 1983 de allochtone patiënten. De stijging van het aantal opnames van allochtonen is sterker dan het landelijk gemiddelde van alle opnames.

Vanaf 1996 hebben we andere data tot onze beschikking om het zorggebruik te analyseren, maar van de enige epidemiologische studie die er is, NEMESIS, worden mensen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, uitgesloten. Van de mensen, die wel meedoen aan het onderzoek, weten we niet of zij migrant of vluchteling zijn. Er worden echter wel aparte studies gedaan naar het zorggebruik onder allochtonen, die een indruk geven van het zorggebruik onder verschillende allochtone groepen.

In de jaren negentig zijn er nauwelijks Antillianen en Arubanen, die gebruik maken van ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit geldt in iets mindere mate Surinamers maar ook bij hen is sprake van een ondervertegenwoordiging. Als Antillianen in de GGZ komen, is dat meestal via intramurale afdelingen. Datzelfde verschijnsel geldt in iets minder sterke mate voor andere migrantengroepen en men noemt dit de intramurale bias. Het aandeel allochtonen is het grootst in de kortdurende klinische behandeling en in het Crisiscentrum.

Ook Marokkanen zijn begin jaren tachtig in de ambulante zorg ondervertegenwoordigd. Turken weten in Rotterdam de weg naar de RIAGG wel te vinden, maar dat zou een uitzondering kunnen zijn. Van alle GGZ-instellingen hebben de Rotterdamse RIAGG's het hoogste percentage allochtone cliënten in zorg en ook de Haagse RIAGG's hebben meer dan het landelijk gemiddelde aan allochtone cliënten, maar het aandeel is lager dan men op grond van bevolkingsgegevens kan verwachten.

De migrantenprojecten van de RIAGG's lijken wel effect te sorteren: vanaf 1985 neemt het aantal allochtonen toe.

In 1995 noteren we de trend dat er meer gedwongen opnames zijn, vooral onder Surinamers, Antillianen en Turken. Marokkanen worden net zo vaak als autochtonen gedwongen opgenomen.

In 1997 zijn er nauwelijks allochtone jeugdigen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ook allochtone ouderen zijn nauwelijks vertegenwoordigd in de intramurale en semimurale GGZ instellingen. Alleen in Den Haag is er een grote groep Indische Nederlanders die gebruik maakt van de GGZ. Verschillende onderzoeken wijzen op een hoger percentage allochtone verslaafden maar een lager gebruik van de verslavingszorg.

De conclusie van onderzoek naar de toeloop van allochtonen naar de GGZ in Rotterdam (Dieperink, van Dijk & Wierdsma, 2002) is dat steeds meer allochtonen gebruik maken van de GGZ. Er blijft echter sprake van aanzienlijke verschillen in zorggebruik zowel tussen allochtone groepen onderling, als ten opzichte van autochtonen. In 2003 concluderen ook het NIVEL en RIVM (Verkleij & Verheij, 2003) dat er duidelijke signalen zijn dat de kwaliteit van zorg voor allochtonen niet optimaal is en dat bepaalde groepen allochtonen minder gebruik maken van een deel van de Nederlandse zorgvoorzieningen dan gezien hun zorgbehoefte wenselijk is. De ervaren gezondheid is slechter en het ziektepatroon is anders: een aantal ziekten komt vaker voor, waaronder een

slechtere geestelijke gezondheid. In alle groepen ligt het zorggebruik van de ambulante GGZ in de Randstad hoger, buiten de Randstad lager.

6.4. De doelgroep

Interculturele zorg heeft betrekking op allerlei verschillende groepen. Het is logisch dat demografische veranderingen in de doelgroep invloed hebben op de verschuivingen in de aandacht van hulpverleners. Er lijkt echter niet alleen sprake te zijn van een demografische ontwikkeling maar ook van een herdefiniëring van groepen, waarbij bepaalde kenmerken aan die groepen worden toegeschreven.

Tussen 1972 en 1983 zien we de meeste aandacht uitgaan naar Marokkaanse gastarbeiders. De nadruk ligt op cultuurverschillen, waarbij men veronderstelt dat Marokkanen hun eigen cultuur zouden willen vasthouden. De taal zou hen belemmeren in de participatie in Nederland. In de beschrijving van de problemen van Marokkaanse gastarbeiders gaat het vooral over identiteitsonzekerheid. Hun slechte maatschappelijke positie wordt ook genoemd maar de gezondheidszorg voelt zich niet bij machte om daar iets aan te verbeteren.

In het kader van een terugblik op 40 jaar migratie van Marokkaanse gastarbeiders, waarbij de eerste wervingscontracten uit 1969 als startdatum gelden, komen twee beelden aan de orde, die een eigen leven zijn gaan leiden (Festival Den Haag, 2009). Het eerste beeld is dat van de Marokkaanse migranten die vast willen houden aan hun eigen cultuur. De eerste groep gastarbeiders bestond uit alleenstaande mannen, al dan niet vrijgezel. In een boek dat ter gelegenheid van 40 jaar migratie verschijnt, zien we Marokkaanse mannen (de Boer, 2009) die er als hippies uitzien, felgekleurde blouses, geruite broeken met wijde pijpen. Ze lijken in geen enkel opzicht op de beelden van de Marokkaanse mannen van de eerste generatie die in djelabba in het koffiehuis zitten. Ze lijken wel op de huidige jonge Marokkanen, die in Diesel, Armani en D&G rondlopen.

Het tweede beeld, dat een eigen leven is gaan leiden, is het idee dat 'ze' allemaal naar Nederland zijn gehaald door de werkgevers, die daarvoor een contract hadden gesloten. Het grootste deel van de Marokkanen blijkt echter op eigen gelegenheid gekomen en vaak niet zo gericht op zoek naar werk in Nederland. Via Brussel en Franse steden kwamen de meesten naar Nederland als zij informatie kregen over arbeidsmogelijkheden. Deze achtergrond nuanceert het beeld van de Marokkaanse gastarbeider die zo van het platteland naar de industrie zou zijn verhuisd.

Behalve over Marokkaanse gastarbeiders, wordt er tussen 1972 en 1983 geschreven over gastarbeiders uit andere landen, over mensen uit de voormalige koloniën en over een veel kleinere groep vluchtelingen uit Latijns Amerika.

Vanaf 1983 verschijnen er steeds meer publicaties over migranten. Het beeld dat van hen gegeven wordt is nu dat van migranten die in twee culturen leven en door die verschillen ook psychische problemen hebben. Het gaat over migranten, die hun eigen land hebben verlaten voor een nieuwe wereld. Hier ontwikkelen zij een authentieke migrantencultuur met elementen uit het land van herkomst en uit Nederland.

Er is sprake van toenemende en aparte aandacht voor gedwongen migratie. Tussen 1982 en 1993 wordt de instroom van asielzoekers tien keer groter. Kenmerkend voor vluchtelingen is de gedwongen migratie. In hun leven vallen traumatisering, ontworteling en marginalisatie samen. Ze worden door veel hulpverleners vooral gezien als slachtoffers maar er wordt ook gesteld dat zij overlevenden zijn en juist veel kracht hebben om te vluchten en ergens anders een nieuw bestaan op te bouwen. Voor hulpverleners is dit een groep, waarmee zij zich gemakkelijker kunnen identificeren dan met de gastarbeiders.

Het beeld over de migranten was al eerder verschoven van niet-westers naar leven in twee culturen. Deze verschuiving gaat steeds verder: tegen 2000 komen er onderzoeken waaruit blijkt dat allochtonen nauwelijks verschillen in klachten ten opzichte van de Nederlanders 'van de koude grond' (Hosper e.a., 1999). Zij zijn als het ware genormaliseerd.

Na 2002 gaat de aandacht vooral uit naar niet-westerse allochtonen, zonder veel verdere differentiatie naar land van herkomst en zelfs –vanwege de integratie van de zorg voor vluchtelingen en asielzoekers in de reguliere zorg– naar type migratie of terugkeerperspectief.

Over achterstelling, uitsluiting en discriminatie is in elke periode geschreven maar tijdens de laatste periode wordt steeds vaker gewezen op het negatieve effect van polarisatie in de samenleving op de psychische gezondheid van migranten en vluchtelingen in het algemeen en moslims in het bijzonder. Het thema bij uitstek is integratie. Behoud van eigen cultuur is lang het adagium geweest, maar daarmee werd niet bedoeld behoud van (fundamentalistische) religieuze opvattingen. Vanaf de Rushdie affaire in 1989 is de reactie op moslims in Europa negatiever geworden. Sindsdien worden migranten steeds vaker zonder veel nadenken tot moslims gerekend, al dan niet fundamentalistisch. Deze stereotypering en discriminatie van moslims werkt averechts, want ze voelen zich genooddaakt om hun eigen identiteit juist sterker te benadrukken (traditionele kleding en dergelijke) en de radicalisering onder vooral jonge moslims wordt versterkt.

6.5. Theoretische modellen

In de eerste periode gebruiken hulpverleners algemene modellen waarin het verband tussen migratie en psychische problemen wordt verklaard. De psychische moeilijkheden kunnen het gevolg zijn van een cultuurschok, van het niet waar (kunnen) maken van de verwachtingen, waarop migratie gebaseerd was, van de stress die migratie met zich meebrengt of als gevolg van een nostalgisch fenomeen dat bestaat uit een psychologische herwaardering van gebeurtenissen uit het verleden. En het is ook mogelijk dat de psychische problemen er al waren in het land van herkomst en juist de oorzaak zijn van migratie.

Specifiekere modellen gaan over de chronische adaptatie en uitputting van migranten, over winti en etno-psychiatrie als gelijkwaardige varianten van (psycho)therapie. Het benadrukken van de overeenkomsten tussen etno-psychiatrie en psychotherapie is mogelijk een verklaring voor de geringe aandacht die er in de Nederlandse literatuur is voor verschijnselen als djinns en

het boze oog, waar in bijv. de Franse literatuur en praktijk meer aandacht voor lijkt te bestaan.

De eerste publicaties over migranten in de psychiatrie verschijnen in de jaren tachtig met als eerste mijlpaal het proefschrift *Migranten in de psychiatrie* (1989) van Limburg-Okken. Zij gebruikt ook Frans, Duits en Belgisch onderzoek om de 'doel-streven-stress-theorie' nader te onderbouwen. In de beschrijving van de theoretische modellen valt op dat er grote verschillen tussen migranten en autochtonen worden verondersteld. Migranten zijn dragers van een andere cultuur en de antropologie als wetenschap lijkt de meest geschikte wetenschappelijke oriëntatie om die cultuur of culturen te (leren) begrijpen. Naast het benadrukken van de verschillen in cultuur tussen herkomstland en Nederland zien sommige auteurs dat migranten in een 'condición migrante' leven. Dit is een tijdelijk permanent verblijf in een andere cultuur, waarbij men de overgang van culturen (nog) niet goed kan verwerken.

In de meeste modellen worden de maatschappelijke achterstand en achterstelling van migranten nadrukkelijk opgenomen. Limburg-Okken benadrukt het belang van een juiste attitude van hulpverleners en daarin valt op dat er een verandering in de tijd betreffende de visie op als noodzakelijk geachte eigenschappen van de 'migrantentherapeut' is opgetreden:

waar men voorheen meende dat de taal de voornaamste barrière voor de hulpverlening vormde, beweerde men later dat kennis van cultuurverschillen belangrijker was, dan het –bijvoorbeeld middels tolken of een eigen taalkursus- te overkomen linguïstische probleem. Ten slotte kwam men echter tot de konklusie dat taal- en cultuurhindernissen geheel overschaduw (kunnen) worden door institutioneel en individueel racisme (Limburg-Okken, 1989, p54).

Door de toename van vluchtelingen en de aandacht voor die groep in de zorg, zien we vanaf de jaren negentig aparte modellen voor de hulpverlening aan vluchtelingen en migranten. In de modellen voor de hulpverlening aan vluchtelingen is er aandacht voor de gevolgen van trauma, maar ook voor psychosociale problemen van vluchtelingen en de acculturatieproblemen, die vooral met cultuurverschillen te maken zouden hebben. Daarin verschilt de focus van de modellen in Nederland ten opzichte van andere Europese landen, waar trauma nog sterker in het vertoog is opgenomen. Maar ook in Nederland schrijft men over het traumaparadigma en komt de kritiek daarop naar voren.

De theoretische modellen over de behandeling van allochtonen komen steeds meer overeen met die van autochtonen en dat heeft te maken met het 'normaliseren' van de psychische problemen van allochtonen. Er zou immers weinig verschil zijn tussen de problemen van migranten en Nederlanders. Er komt bijvoorbeeld meer aandacht voor depressie terwijl dat in de jaren tachtig nog weinig naar voren kwam.

Uiteindelijkheid gaat het over aanpassingen van de hulpverlening door modellen van culturele gevoeligheid te ontwikkelen en te kijken naar de socialisatie van hulpverleners. De richting die men op wil is het aanpassen van de attitude en werkwijze van hulpverleners en het selecteren van specifieke hulpverleners op basis van hun culturele achtergrond.

De veranderingen in overheidsbeleid ten aanzien van immigratie en integratie en de polarisatie in de samenleving zien we ook terug in de theoretische modellen van hulpverleners over migranten en vluchtelingen in de laatste zeven jaar. Etnische matching en discriminatie zijn beide te zien als modellen die te maken hebben met insluiting en uitsluiting. Centraal staat of zou moeten staan het gevoel 'er *niet* bij te horen'. Een extreem voorbeeld daarvan is de positie van asielzoekers, die lange tijd onzeker zijn over de vraag of ze er wel bij mogen horen. In het werken met asielzoekerkinderen zien we de weerslag van de langere duur van de asielprocedure. Maar ook voor andere migranten en vluchtelingen geldt dat zij zich apart gezet voelen, dat zij er minder bij zijn gaan horen. Het concept integratie komt nu veelvuldig voor in de theoretische modellen. Hulpverleners vragen zich in toenemende mate af of zij gebruik moeten blijven maken van de term allochtoon omdat deze een tweedeling suggereert die wel voor de politiek en het beleid interessant kan zijn maar in de zorg niet gewenst is. Uiteindelijk gaat het er om of mensen het gevoel hebben dat ze erbij horen. Er komt steeds meer aandacht voor interculturele competenties, waarover iedere hulpverlener zou moeten beschikken om met een multiculturele patiëntengroep te kunnen werken.

6.6. Therapeutische praktijken

De therapeutische praktijken die in de verschillende periodes zijn beschreven, zijn onderdeel van het vertoog omdat het de opvattingen van hulpverleners over migranten en vluchtelingen betreft alsmede de wijze waarop hun problemen in de praktijk zichtbaar worden. Er zijn natuurlijk heel veel praktijkervaringen tegelijkertijd. Omdat we weten dat het zorggebruik van migranten en vluchtelingen is toegenomen, kunnen we daaruit afleiden dat er veel meer directe contacten tussen hulpverleners en migranten / vluchtelingen zijn. In het begin was de groep hulpverleners die directe contacten had met migranten en vluchtelingen klein. Nog steeds bestaat de indruk dat het netwerk te overzien is maar dit zou misleidend kunnen zijn. Hulpverleners, die af en toe migranten of vluchtelingen in hun caseload hebben, laten hun visie misschien niet zo snel horen op symposia, laat staan dat ze er een artikel over schrijven. Over de inhoud van de therapeutische praktijken kunnen we dus, nog veel minder dan bij de theoretische modellen, aanspraak maken op volledigheid.

In de eerste periode, vanaf 1972, is het oordeel over de hulpverlening aan migranten hard en onverbiddelijk. De maatschappelijke dienstverlening en hulpverlening aan de eerste generatie migranten heeft gefaald (Eppink, 1981). Omdat men niet wist of gastarbeiders wel zouden blijven, is er eerst ook weinig moeite gedaan hen te bereiken. Bovendien zouden de hulpverleningsmodellen niet goed aansluiten bij migranten omdat de modellen te individualistisch zijn. Daarna zien we vooral pogingen van hulpverleners om de communicatie te verbeteren, transculturele concepten toe te passen en de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen anders te doen dan men gewend is. Er ligt een sterke nadruk op culturele verschillen die voornamelijk met de cultuur van landen van herkomst te maken zouden hebben.

In de periode 1983-1993 vinden we voorbeelden van het kunnen overbruggen van de cultuurverschillen. Migrant en vluchtelingen worden

weliswaar als 'bijzondere gevallen' ten tonele gevoerd, maar met een beetje goede wil van de Nederlandse hulpverlener zou het moeten lukken om hen te helpen. Het gaat dan wel om een kleine groep hulpverleners die hun ervaringen delen en die interculturele hulpverlening als een avontuur zien. Men beseft zelf ook heel goed dat niet te snel conclusies getrokken moeten worden op basis van bevindingen in een kleine groep migranten of vluchtelingen.

Het onderzoek naar cultuurverschillen in de interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen (Boomstra & Kramer, 1997) gaat (nog) uit van het benadrukken van de cultuurverschillen. Ondanks verschillende opvattingen van hulpverleners en vluchtelingen zien we in dit onderzoek dat er wel degelijk aansluiting is bij vluchtelingen in de GGZ. Er zijn wel verschillende verklaringen voor het ontstaan van psychische problemen, er zijn verschillende verwachtingen over de communicatie en rollen van behandelaar en cliënt maar er worden weinig conflicten gemeld.

In het onderzoek van Rezvanmehr (1999) komen de conflicten tussen allochtone cliënten en verpleegkundigen in de psychiatrie wel naar voren. De vermijding van het bespreken van conflicten door de cliënten en het niet herkennen van dit gedrag door de verpleegkundigen, ziet zij als de belangrijkste oorzaak voor het frustrerend verlopen van contacten in de psychiatrie.

Het vertoog over de behandeling van asielzoekers hebben we in bijlage 1 beschreven. Het is een uitvergroting van het vertoog van hulpverleners over een specifieke groep, asielzoekers, waarbij we hebben gezien dat hulpverleners op verschillende manieren aansluiten bij de problemen van asielzoekers en dat het verschil tussen asielzoekers en vluchtelingen in de theoretische modellen van hulpverleners niet zo groot gevonden wordt.

In de laatste periode zien we dat allochtonen overal in de GGZ opduiken, al is het niet overeenkomstig het gebruik dat autochtonen van de zorg maken. Migrant en vluchtelingen krijgen zowel psychoanalytische psychotherapie (maar minder vaak) als groepsbehandelingen, die soms de multiculturele samenleving als kernconcept nemen. In de behandelingen worden nu allerlei elementen opgenomen; het gaat om meer dan uitsluitend etnische verschillen. De modellen van hulpverleners over migranten en vluchtelingen worden subtieler, gelaagd, meer wederzijds en gedifferentieerd. De focus ligt niet langer vooral op de achtergronden van migranten en vluchtelingen, maar meer op die van de hulpverleners zelf, die geschikt moeten zijn om met een multiculturele doelgroep te werken. In bijlage 2 hebben we het gebruik van interculturele competenties geanalyseerd zowel wat betreft de interculturele aspecten van cliënten als wat betreft de behandeling. Het blijkt dan vooral te gaan over de aspecten migratie en gender, het omgaan met verschillende verklaringen voor ziekte en de betekenis van behandelingen en opnames.

Genuanceerd denken over multiculturele zorg zien we bijvoorbeeld in de volgende casus, die uit het bovengenoemde onderzoek komt.

Eerst wordt ingegaan op de achtergrond van de cliënt, dan worden interculturele aspecten in de casus benoemd en tenslotte wordt besproken welke interculturele dimensies in de hulpverlening een rol spelen.

De cliënt is een 35-jarige, Turkse man, die al jaren onder behandeling is bij de GGZ. Als diagnose is schizofrenie gesteld. Hij gebruikt veel slaapmedicatie, waarvoor hij bij de behandelaar van de GGZ komt. Verder

wil hij niets. Deze man is als kind met zijn ouders naar Nederland gekomen en hij heeft een broer en zus, die beiden niet meer thuis wonen. De cliënt woont bij zijn ouders, zijn moeder doet alles voor hem. Naast schizofrenie is er ook sprake van antisociale trekken. In het verleden heeft hij, tijdens een psychotische periode, een man aangevallen met een bijl. Daarvoor heeft hij een jaar in detentie gezeten.

De eerste hulpvraag, die deze cliënt had, was of de hulpverleenster een brief wilde schrijven met de bevestiging dat hij ziek is, zodat hij in Turkije geen diensplicht hoeft te vervullen. Dat verzoek is ingewilligd. Daarna heeft hij alleen nog om (herhaling van) recepten voor slaapmedicatie gevraagd. De hulpverleenster ziet in het contact met hem weinig symptomen van schizofrenie en hij heeft ook geen depressieve gedachten. Daarom denkt de hulpverleenster dat hij actiever zou kunnen worden en beter kan gaan functioneren. Maar de cliënt wil dit niet, heeft geen dagbesteding, slaapt veel en is altijd thuis. Zijn motivatie is: "Ik ben ziek en dus kan ik niets doen". Hij benoemt zijn ziekte als schizofrenie. Zijn ouders willen graag dat hij gaat trouwen maar hij wil daarmee wachten. De hulpverlener heeft zijn broer en zus nooit gesproken maar zij zouden geen problemen met hem hebben.

In de discussieronde over de interculturele aspecten in deze casus worden verschillende aspecten genoemd:

- * de migratiegeschiedenis;
- * de brief, die hij voor het leger vraagt;
- * de acceptatie van de ziekte en de rol in het gezin;
- * misschien schaamt het gezin zich voor de ziekte of voelt het zich schuldig over het misdrijf, dat de man pleegde, waardoor zij hem nu voor de buitenwereld onzichtbaar houden;
- * het zelfbeeld van de man is een ander beeld dan de hulpverlener van hem heeft. De hulpverlener denkt dat de man actiever kan worden. In de discussieronde over de interculturele dimensies in de hulpverlening komen de volgende aspecten aan bod:
- * Hoe is de vragenlijst, waarmee de depressie van de man is gemeten, gevalideerd?
- * Hoe betrek je het gezin bij de behandeling? Wat zijn hun ideeën over de toekomst van hun zoon/broer? Wat moet er gebeuren als de moeder de zorg niet meer op zich kan nemen? Welk beeld hebben gezinsleden van schizofrenie?
- * Als de cliënt zo ziek en passief is, kan hij dan wel een keuze voor behandeling maken?
- * De hulpverlener moet geduld hebben en blijven benadrukken welke mogelijkheden er voor de cliënt zijn.
- * Speelt religie een rol?

Uiteindelijk blijkt voor velen de kern van de discussie te gaan over de vraag hoe westers het is om te blijven wensen dat je beter kunt worden. Vanuit de westerse optiek is het gebruikelijk om iemand zoveel mogelijk in de maatschappij deel te laten nemen. In hoeverre kun je met je ziekte naar buiten treden? In hoeverre moet je als hulpverlener iemand blijven motiveren? Mag en kun je accepteren dat iemand niet beter wil worden?

In deze casus zitten interculturele aspecten die kunnen wijzen op verschillen tussen deze cliënt en autochtone cliënten. Maar het verschil lijkt niet zo groot en er is ook geen direct verband tussen dat interculturele aspect en de verklaring voor het probleem. Er wordt niet in algemene zin gesproken over “Turken, die hun ziekte als schaamte beleven” of “moslims die ziekte als straf van Allah zien en zich er niet tegen verzetten”. Er wordt veel meer gevraagd naar de mogelijke invloed van culturele patronen op de beleving van ziekte en de genezing of behandeling ervan.

Ook de cultuur van de hulpverlener die voor elk probleem een oplossingsroute probeert te bedenken, die zich niet alleen maar met een brief wil bezig houden maar het hele probleem wil aanpakken en een actieve houding van de cliënt verwacht, staat ter discussie.

Tenslotte zien we in deze periode dat migranten en vluchtelingen problemen ervaren die te maken hebben met hun marginale positie. Ze worden aangesproken op fundamentalistisch-religieuze idealen van landgenoten en hen wordt een gebrek aan initiatief op het gebied van integratie verweten. Op die problemen heeft de hulpverlening nog geen antwoord gevonden.

6.7. Wrijven

In het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ komen we een aantal onderwerpen tegen die tot problemen leiden omdat ze in enigerlei mate in conflict komen met een ander vertoog. Het wrijft of schuurt omdat de vertogen strijdig met elkaar lijken of zijn. Dat kan verklaren waarom interculturalisatie van een frisse beweging in een stroperige, uitputtende tegenbeweging is veranderd. Lukt het om onderliggende vertogen wel met elkaar te verbinden, dan komt de interculturalisatie-trein weer in beweging. In plaats van wrijven gaat het dan scharnieren. Daar gaan we in 6.8. verder op in.

Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ kunnen we zien als een reeks pogingen om cultuurverschillen te begrijpen, aanpassingen te treffen waar nodig en zo migranten en vluchtelingen een gelijke mate van toegang tot zorg van een gelijkwaardige kwaliteit te bieden. In die reeks pogingen om methodieken te ontwikkelen die aansluiten op opvattingen van migranten en vluchtelingen over hun psychische gezondheid en in de pogingen om beleid te ontwikkelen zowel voor integratie in het algemeen als specifiek voor een (zorg) instelling, zijn er verschillende wrijfpunten. De pogingen wrijven of schuren met het bestaande beleid, vertoog over geestelijke gezondheidszorg of met het repertoire van hulpverleners. Het wrijft en schuurt en daarmee lekt energie weg.

Er lijkt sprake van weerstand om ogenschijnlijk eenvoudige aanpassingen door te voeren. Soms is de weerstand expliciet omdat de bron van de weerstand te maken heeft met een ander paradigma, grondrecht of stevig gefundeerde meningen. Er zou iets fundamenteels gewijzigd moeten worden, zo lijken de ‘weerstand-bieders’ te denken, om de aanpassing te verwezenlijken. En soms is de oorzaak van de wrijving een impliciete bron van weerstand omdat de bestaande praktijk niet ter discussie staat, vanzelfsprekend lijkt. Voorbeelden van weerstand gebaseerd op een ander paradigma of een stevig gefundeerde mening zijn de vrijheid van meningsuiting en wetenschappelijk bewijs voor

gezondheidsverschillen. Van impliciete bronnen van weerstand is sprake als we kijken naar een aantal aannames van hulpverleners over 'normaal' psychisch functioneren en gezonde relaties.

We zullen de thema's die wrijven en schuren in dezelfde volgorde bespreken als hoe ze in de periodisering aan bod zijn geweest. Dat wil dus zeggen dat we weer breed beginnen, met thema's die in het overheidsbeleid te vinden zijn, via het zorgsysteem en het zorggebruik naar de theoretische modellen en de therapeutische praktijk. We willen daarmee het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ nog meer inbedden in een bredere maatschappelijke context, het maatschappelijk klimaat en de impliciete aannames van hulpverleners, die soms wrijven met het vertoog over migranten en vluchtelingen. De thema's die ter discussie worden gesteld zijn aanvechtbaar. Meninge botsen op elkaar en behalve wrijving geeft dat ook scheuren, openingen. Diversiteit kan als een scharnier werken, de opvattingen over hulpverlening kunnen aangevuld en verrijkt worden. Uiteindelijk gaat het er om met elkaar in debat te blijven, kritisch te blijven kijken naar aannames en deze bij te stellen waardoor creativiteit en flexibiliteit meer ruimte krijgen.

Niet welkom maar daarna zo snel mogelijk aanpassen

Het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie laat een consistente lijn zien. Immigratie moet zoveel mogelijk beperkt en gecontroleerd worden. In het maatschappelijk debat is een stereotypisch beeld min of meer dominant geworden voor diverse groepen migranten en vluchtelingen. Indische Nederlanders zouden niet in Nederland kunnen aarden vanwege hun cultuur en fysieke gesteldheid, Surinamers zouden crimineel zijn en asielzoekers streven via een politieke weg economisch gewin na. We zien een voortdurend benadrukken van de risico's die migranten en vluchtelingen meebrengen als zij naar Nederland komen.

Zijn ze echter toch de grens gepasseerd, dan wordt van hen een snelle aanpassing verwacht. Het meest opmerkelijke voorbeeld hiervan is de omslag in de beschrijving van de Indische Nederlanders die na enige tijd gezien worden als een groep die zich geruisloos aangepast heeft in Nederland. Van de moeilijkheden, die met immigratie en integratie gepaard gingen, getuigen persoonlijke ervaringen van Indische Nederlanders en hun kinderen in egodocumenten. Er was weinig aandacht voor de emotionele prijs, die deze groep betaalde voor de zogenaamde geruisloze aanpassing in Nederland.

Wrijving ontstaat als verondersteld wordt dat etnische minderheden vasthouden aan hun eigen culturele achtergrond. In het beleid is dit terug te vinden in de verandering van de waardering van de eigen culturele identiteit. Het beleid ten aanzien van integratie maakte in eerste instantie juist gebruik van die culturele identiteit. In de eerste periode was behoud van eigen identiteit belangrijk omdat men een snelle terugkeer verwachtte. Daarna dacht men dat, net als in de tijd van de verzuiling, een netwerk van eigen organisaties migranten zou kunnen helpen een plek te vinden in de Nederlandse samenleving. Maar daar wordt in de loop van de tijd anders over gedacht. Het risico dat migranten en vluchtelingen hun eigen cultuur zouden aanhouden in plaats van de Nederlandse normen en waarden over te nemen, wordt steeds meer het uitgangspunt van beleid. De discussies over dubbele nationaliteiten, scheiding van religie en staat,

onderdrukking van vrouwen en homo's, vrouwenbesnijdenis en eerwraak zijn allemaal te zien als een afkeuring van culturele identiteit van allochtonen en een pleidooi voor assimilatie van allochtonen naar Nederlandse maatstaven.

Eerst zijn migranten en vluchtelingen niet welkom, daarna moeten ze snel Nederlanders worden in de culturele, niet in de staatsrechtelijke betekenis.

Van achterstand bestrijden naar overlast verminderen

Op het gebied van de gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen zien we een kanteling van de vraag hoe we achterstand en achterstelling kunnen bestrijden naar de vraag hoe we de overlast van allochtonen in de samenleving kunnen bestrijden of voorkomen dat zij een aparte benadering krijgen. Migrant en vluchtelingen hebben steeds meer een eigen verantwoordelijkheid voor het overbruggen van taal- en cultuurverschillen.

Het bestrijden van achterstanden door de overheid gebeurt aarzelend. We hebben eerder besproken dat het inzetten van tolken en het geven van voorlichting voldoende leek –qua beleid- om de achterstand weg te werken. Overheidsbeleid heeft geen dwingend kader opgelegd aan de instellingen om hun aanbod multicultureel te maken. In eerste instantie heeft de overheid het de instellingen ook niet moeilijk gemaakt om interculturele zorg te ontwikkelen, er werd zelfs een (financieel) ruim programma voor in het leven geroepen.

Toen het maatschappelijk debat over migranten en vluchtelingen een andere toon kreeg, veranderde die gedoogsteun naar een beleid, waarin geen specifieke projecten gefinancierd werden. Tegelijkertijd gokten de beleidsmakers op de toegenomen integratie van allochtonen, zodat zij van het reguliere aanbod in de zorg gebruik zouden maken. Na een periode, 2002-2007, waarin verwijzing naar culturele verschillen nauwelijks voorkwam, zien we nu dat bestaande programma's of praktijken getoetst worden op algemene bruikbaarheid inclusief het gebruik door of voor allochtonen. Het is echter de vraag hoe adequaat en volledig multiculturaliteit in kaders van onderwijs en onderzoek in te passen is.

We staan weer aan het begin

In de meest recente overheidsplannen, in het bijzonder in het nieuwe programma van Zon-Mw (2008/9) zien we een poging om vragen rond etniciteit en gezondheid opnieuw aandacht te geven. De vraag is of we in onderzoek de verschillen in gezondheid tussen etnische groepen voldoende kunnen aantonen. Voor de praktijk is het vervolgens van belang dat er voldoende onderwijs is op het gebied van interculturele competenties. Het onderdeel cultureel vakmanschap van het programma Jeugd en Diversiteit (Zon-Mw) richt zich voor een deel op de inventarisatie van het onderwijs op het gebied van interculturele competenties. Voor dit doel is een enquête uitgezet onder onderwijsinstellingen op MBO-, HBO- en Universitair niveau. De eerste resultaten worden verwacht in september 2009. Het andere deel van dit project richt zich op de ontwikkeling van interculturele competentieprofielen in de Jeugdzorg, voor uiteenlopende beroepsgroepen.

Voor het opmaken van de balans over onderzoek is specifiek voor de GGZ een onderzoek gedaan door Bekker en van Mens-Verhulst (2008). Het is een

programmeringstudie 'etniciteit en gezondheid', over GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit, uitgevoerd in opdracht van Zon-Mw. De conclusie is dat er veel onderzoek gedaan is, maar dat 'we nog volstrekt aan het begin staan'. Bekker en van Mens-Verhulst vonden veel projecten en documentatie waarin hypothesen worden opgeworpen over de kwaliteit van de hulpverlening aan allochtonen, maar de evidentie voor effectiviteit van bepaalde interventies is onvoldoende aangetoond. Effectonderzoek is wat hen betreft dan ook de eerste prioriteit, gevolgd door onderzoek naar de doorstroom binnen en kwaliteit van de GGZ voor allochtone groepen. De derde prioriteit is het integreren van prevalentie-onderzoek in bestaande systematische metingen. Dit is een voorbeeld van inkadering of disciplineren van diversiteit.

Er moet zo snel mogelijk begonnen worden met uitbreiding van de reguliere peilingen van de geestelijke gezondheid naar allochtone Nederlanders, uitgesplitst naar diverse etnische groepen, met differentiatie naar sekse, opleiding en leeftijd (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008, p38).

En

uiteeraard dient onderzoek, in alle fasen van de onderzoeksproces, op zo cultuursensitief mogelijke wijze opgezet en uitgevoerd te worden. Dat wil zeggen bij het tot stand komen van de vraagstelling, bij de keuze en eventuele aanpassing van het meetinstrumentarium, de methode van data-verzameling en werven, alsook bij de data-analyse en implementatie van de resultaten (Bekker & van Mens-Verhulst, 2008, p39).

We zien dus dat in het verloop over multiculturaliteit en interculturele zorg pogingen worden gedaan om interculturele verschillen op te nemen in onderwijs en onderzoek. Datzelfde geldt voor het beleid van instellingen in de zorg ten aanzien van kwaliteit. Dit wordt gezien als een algemeen kader, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, waarin interculturele aspecten gemakkelijk opgenomen kunnen worden. Eén van de problemen is echter dat voor het aantonen van gezondheidsverschillen of voor het vaststellen van de effectiviteit van bepaalde interventies, over het algemeen gewerkt wordt met grote groepen. Daarvoor is een indeling onvermijdelijk en helaas valt men dan weer terug op te eenvoudige indelingen als etniciteit of het hebben van niet in Nederland geboren ouders. Het vaststellen van doelgroepen, zoals we hebben gezien in periodes waarin een groep op basis van etniciteit werd ingedeeld of zelfs verschillende groepen tot allochtonen worden bestempeld, is problematisch. Met het zoeken en vaststellen van verschillen op groepsniveau bestaat het risico een onterechte indeling te maken. Dat zou een verkeerde verklaring kunnen geven voor verschillen, zoals we in het voorbeeld over schizofrenie hebben gezien.

Routine of bureaucratie

Het hierboven genoemde voorbeeld van de interculturele competenties in de jeugdsector, willen we nog even terughalen omdat hier sprake lijkt van een bijzondere vorm van institutionalisering, namelijk het opnemen van

interculturele verschillen als routine. Het project 'Interculturele competenties in de Jeugdsector' wordt in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd door het Nederlands Jeugd instituut (Nji). Het Nji heeft, vaak in samenwerking met Movisie, veel ervaring in de beschrijving van competenties en het ontwikkelen van deskundigheidsbevordering van hulpverleners in de jeugdsector, zowel welzijn als zorg. Nu hebben zij de opdracht gekregen na te gaan welke interculturele competenties in de jeugdsector relevant zijn, of deze al in een onderwijsaanbod zijn opgenomen en of zij tot een beschrijving kunnen komen van een intercultureel beroepsprofiel van meerdere disciplines in de jeugdsector.

Voor de uitvoering van dit project werken zij samen met organisaties, die zich richten op interculturalisatie zoals Forum, Mikado, Pharos en RIVM. De rol die men de adviseurs geeft is echter beperkt. Van hen wordt input verwacht als het gaat om contacten, expertise om bepaalde thema's uit te zoeken in expert meetings en aanscherping van instrumenten die gebruikt worden om inventarisaties uit te voeren. De tijdsdruk is groot en er lijkt weinig behoefte aan een meer fundamentele discussie over de vraag welke interculturele aspecten men eigenlijk voor ogen heeft. Het Nji pretendeert niet dat zij de kennis of ervaring heeft op intercultureel gebied. Zij 'shoppen' zo goed mogelijk in de kraam van organisaties, die dat wel hebben. Daarbij bestaat het gevaar dat men concepten overneemt, die van iedere dynamiek worden ontdaan maar als een aan te vinken hokje in de profielen worden verwerkt. Interculturele aanvullingen op bestaande profielen worden daarmee een routine.

Misschien is dat op zich nog niet zo erg. Het is wel de vraag of iedere aandacht beter is dan geen aandacht. Het risico van dit soort routineuze plannen is dat creativiteit in het denken over verschillen verdwijnt en men terugvalt op stereotypen over allochtonen. Als dat gebeurt, doet men geen recht aan meer dynamische processen in de verschillende doelgroepen en de voorzieningen in de jeugdsector.

Ze moeten niet eigenwijs worden

Vanaf de eerste adviezen voor de verbetering van de gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen, is er sprake van discussie over categorale voorzieningen. Lange tijd was het uitgangspunt: regulier waar mogelijk, categoriaal waar nodig. Deze noodzaak moest dan wel duidelijk aangetoond kunnen worden. Dat bleek overigens niet moeilijk gezien onder meer de gezondheidsproblemen van vluchtelingen. Ook voor Molukse verslaafden is een categorale voorziening opgericht.

Binnen reguliere instellingen ontstonden hiernaast vaak aparte afdelingen of teams en soms was er sprake van een specifiek aanbod gericht op een bepaalde groep. We hebben hiervan verschillende voorbeelden beschreven.

Met de oprichting van de NOAGG (1995) en later I-Psy (1997) zien we dat een deel van het zorgsysteem in verlegenheid wordt gebracht als migranten of vluchtelingen zelf het heft in handen nemen en claimen op z'n minst gelijkwaardige of zelfs betere zorg te kunnen organiseren. De oprichting van specifieke voorzieningen wordt gevoeld als een dolk in de rug. Er wordt wel erkend dat de zorg voor migranten en vluchtelingen niet adequaat zou zijn maar 'ze' moeten niet weglopen als we er bijna zijn, zo lijkt een deel van de 'interculturalisatie beweging' te redeneren.

Gelijke monniken, gelijke kappen

Ook voorzieningen, die zich niet specifiek richten op de allochtone doelgroepen hebben in toenemende mate met hen te maken. Hier lijkt het gelijkheidsprincipe van toepassing: we bieden dezelfde zorg of hulp als aan alle andere cliënten. Maar daar waar het lastig wordt, kan dat culturele verschil gemakkelijk alleen naar de kant van de cliënt worden uitgelegd. De cliënt moet zich dan naar de Nederlandse wet en normen gaan gedragen. De rechten, die een Nederlandse cliënt zou hebben en mogelijk zou opeisen, worden dan niet op een evenredige manier in de gaten gehouden. Een casus van een gezin, waarbij Bureau Jeugdzorg betrokken is en ik als hulpverlener van de GGZ, illustreert dit punt.

Het gezin Kiyun bestaat uit ouders en drie kinderen waarvan de oudste 10 jaar is. Zij werden uitgenodigd om naar Nederland te komen via de regeling voor vluchtelingen, die in een UNHCR vluchtelingenkamp verblijven.

Oorspronkelijk komen zij uit Myanmar (Burma) maar de laatste 20 jaar verbleven ouders meer in Thailand dan in Myanmar. Ouders hebben veel (gevolgen van) geweld gezien in het vluchtelingenkamp en tijdens kort verblijf in Myanmar. Na enige tijd meldt de school waar de oudste dochter op zit dat zij het vermoeden heeft van fysieke mishandeling door de vader. Dat wordt besproken, vader schaamt zich voor wat er gezien is en zegt het niet meer te zullen doen.

Als het meisje echter niet meer de oorspronkelijke taal van het gezin wil spreken en een bepaalde brief niet meer kan of wil vertalen, is er een nieuw incident waarop besloten wordt via het Algemeen Meldpunt

Kindermishandeling dat het beter is als zij in een opvang gezin geplaatst wordt en ouders hulp gaan zoeken. Ouders tekenen een vrijwillig verzoek tot uithuisplaatsing, al wijst de directeur van de school de hulpverlener erop dat zij dit niet volledig begrijpen. Dat blijkt later, als ouders bij de GGZ komen, ook het geval te zijn. Als zij er al mee instemden in het begin, dan zijn ze het na een paar weken zeker niet meer eens met het verblijf van hun dochter in een pleeggezin.

In overleg met Bureau Jeugdzorg, dat als casemanager optreedt, wordt dit punt aangekaart. Zij voelen echter weinig voor het aanvragen van een juridische maatregel om het verblijf van dit meisje te regelen. Met ouders kan alleen in hun eigen taal gesproken worden, via een telefonische tolk. In de gesprekken met hen, probeer ik hen uit te leggen welke verschillende instanties betrokken zijn en dat zij hun standpunt aan Bureau Jeugdzorg duidelijk moeten maken. Mishandeling zal niet getolereerd worden maar ouders hebben ook rechten, bijv. op contact met hun dochter. Het duurt lang voordat ouders die stap durven zetten en in het overleg lijken medewerkers van Jeugdzorg met een dubbele maat te werken. Aan de ene kant moet het gezin getoetst worden op de Nederlandse normen qua opvoeding en mishandeling, aan de andere kant komt het taalprobleem en de aarzeling van ouders hun rechten op te eisen, hen ook wel goed uit. Ze wachten tot ouders hiertoe zelf het initiatief nemen.

Beleid en praktijk schuren in deze casus. Het beleid is er op gericht zoveel mogelijk kindermishandeling te voorkomen en daarvoor zijn protocollen ontwikkeld, die uit de kast worden gehaald als er signalen zijn van kindermishandeling. De aanpak is daarna generiek, taal- en cultuurverschillen worden wel besproken maar leiden niet tot een andere aanpak. Dat er sprake is van kindermishandeling leek in deze casus ook niet ter discussie te staan, wel de vraag of ouders voldoende beschermd worden in hun rechten. Het is de vraag of Bureau Jeugdzorg zich realiseert dat zij eisen stelt aan ouders, waarvan zij kan weten dat ouders er niet aan kunnen voldoen.

Het denken over verschil

We hebben gezien dat aan diverse groepen migranten en vluchtelingen verschillende eigenschappen werden en worden toegeschreven, die hen als groep anders maken dan de Nederlanders 'van de koude grond'. In het begin ging het over de cultuur van het land van herkomst. In de Surinaamse cultuur zou winti een belangrijke rol spelen, in de Marokkaanse en Turkse cultuur zouden gezinsverbanden en familierelaties zo belangrijk zijn dat sprake is van een collectivistische cultuur die effecten heeft op persoonlijkheidsontwikkeling, afwijkend gedrag en omgaan met ziekte en gezondheid.

Vluchtelingen werden getypeerd als overlevenden of slachtoffers van verlieservaringen, vaak verbonden met oorlog en politieke onderdrukking, die leidden tot trauma-gerelateerde reacties en klachten. Asielzoekers zouden een aparte groep vluchtelingen zijn, omdat zij onzeker zijn over hun verblijfstatus en in de periode van afwachting op die status in omstandigheden leven, die beduidend slechter zijn dan we voor de 'normale' bevolking acceptabel zouden vinden.

Voor alle groepen zou gelden dat zij met acculturatieproblemen te maken hebben: zij moeten proberen een evenwicht te vinden tussen normen en waarden, die zij van huis hebben meegebracht en de normen en waarden van de Nederlandse samenleving.

Tot zover is er, in de duiding van verschillen, geen sprake van een bedreiging van de Nederlandse samenleving of haar waarden en normen. De migranten en vluchtelingen zijn anders, ze moeten uitleg krijgen over hoe het er hier aan toe gaat en zij mogen hun eigen identiteit vasthouden.

De kentering komt met de Rushdie affaire in 1989. Rushdie schrijft *de Duivelsverzen* en daarin zouden beledigende passages staan over de profeet Mohammed. Een fatwa, uitgesproken door de Iraanse geestelijk leider Khomeini is het gevolg. Het westen reageert geschokt en beroept zich daarbij op een onaantastbaar recht op vrijheid van meningsuiting. Niet alleen geestelijk leiders, maar grote groepen moslims zouden de westerse waarden willen aanvallen. Na de aanslagen op de Twin Towers op 11 september 2001 wordt ook gesproken over een aanval op de vrijheid van meningsuiting en algemeen geldende (westerse) waarden. De grens tussen fundamentalistische en gematigde moslims is niet voor iedereen duidelijk te markeren en 'de moslim' wordt daarmee een gevaar voor de westerse, en dus ook de Nederlandse samenleving. De Koning (2008) laat in zijn onderzoek zien dat Marokkaanse jongens, die door docenten aangesproken worden op hun islamitische achtergrond, zich daar juist meer in gaan verdiepen. Soms hebben zij weinig kennis van de Koran en de islam maar

zij gaan zich naar de buitenwereld als gelovige moslims presenteren. Een aantal jongeren verdiept zich meer in de islam, zeker als het bestuur van de moskee een imam aantrekt die jongeren expliciet aanspreekt. In sommige gezinnen begrijpen ouders de omslag in het denken van hun kinderen helemaal niet en zijn zij net zo bevreesd voor radicalisering als de Nederlandse omgeving (De Koning, 2008). In het maatschappelijk vertoog over migranten en vluchtelingen is duidelijk dat de islam de belangrijkste factor is geworden om het onderscheid te maken en dat onderscheid heeft een negatieve lading gekregen; het is een gevaar. Sommige religieuze opvattingen, zoals het dragen van een hoofddoek, zouden integratie in de Nederlandse samenleving in de weg staan. In het vertoog over interculturele zorg is deze factor of de gevolgen ervan voor moslims die zich er door aan de kant gezet voelen, nog nauwelijks terug te vinden.

Het Impliciete vertoog

In de theoretische modellen, beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 5, is op verschillende momenten aan de orde geweest dat culturele sensitiviteit een kernbegrip is, dat niet alleen de culturele achtergrond van de migranten en vluchtelingen in ogenschouw neemt maar ook die van de hulpverleners. In veel gevallen blijft die culturele achtergrond van hulpverleners echter vaag. Het gaat dan om aannames, die voor hulpverleners zo vanzelfsprekend zijn, dat ze niet ter discussie staan. Derrida spreekt hier van het evidente dat niet (meer) gezegd wordt. De aannames werken echter wel door in het impliciete vertoog van hulpverleners ten aanzien van migranten en vluchtelingen en werken versluierend. We zijn vijf van dergelijke aannames tegen gekomen.

De GGZ is een sector, die zich richt op problemen van en in de geest

Externe omstandigheden, voornamelijk sociaaleconomische factoren, worden over het algemeen niet gezien als geldige reden om behandeld te worden in de GGZ. Deze aanname heeft de toegankelijkheid van migranten en vluchtelingen tot de GGZ in de weg gestaan. De problemen van migranten en vluchtelingen zouden te maken hebben met maatschappelijke factoren en die zijn geen onderwerp van therapie.

Deze aanname speelt nog steeds of weer opnieuw een belangrijke rol in de GGZ. Voor een indicatiestelling is een psychiatrische classificatie een voorwaarde. Deze opvatting is echter wel bijgesteld als het gaat over migranten. Limburg – Okken liet al in 1989 zien dat ‘doel-streven-stress’ een typische vorm van psychische belasting is, die migranten treft. Migrantenvragen komen niet naar de GGZ om een ander huis te regelen. Ze voelen zich niet geslaagd in hun missie, hun zelfbeeld en zelfvertrouwen is aan het wankelen geraakt. En dat is jargon dat de GGZ-hulpverleners wel kennen. Tegelijkertijd is er een grotere erkenning gekomen voor de impact van sociale en politieke factoren op het psychisch welbevinden van mensen. Het inzicht dat sociale factoren als discriminatie en uitsluiting een rol spelen bij Marokkaanse jongens is een doorbraak op het terrein van onderzoek naar de hogere prevalentie van schizofrenie in deze groep. Transculturele psychiatrie is een visie die gebaseerd is op het verband tussen sociale factoren en de psyche.

Maar toch is het onderliggende conflict hier dat migranten en vluchtelingen échte problemen hebben, zoals Sigmund in een Volkskrant cartoon

ooit opmerkte, die opgelost moeten worden voordat psychische problemen, die daar mee te maken zouden hebben, behandeld kunnen worden.

Aan emancipatie valt niet te tornen

Emancipatie, tegengaan van onderdrukking en bevorderen van gelijkwaardigheid zijn aannames van hulpverleners over mensen in een onderdrukte positie. Vooral op het terrein van gender speelt deze opvatting een belangrijke rol. Hulpverleners weten dat het voor vrouwen moeilijk is te kiezen voor zichzelf, voor meer autonomie, als zij door een partner onderdrukt worden en zeker als hierbij sprake is van geweld. Gender in combinatie met etniciteit leidt nog steeds tot verhitte debatten onder hulpverleners, die vinden dat onderdrukking niet kan. Soms worden situaties te snel beoordeeld als onderdrukkend of worden de westerse man-vrouwverhoudingen geïdealiseerd tot norm van gelijkwaardige relaties. Hulpverleners houden soms ook te weinig rekening met het tempo, waarin vrouwen zich kunnen emanciperen en met culturele opvattingen over genderrollen.

Op eigen benen staan, zelf kiezen

Een impliciet vertoog over autonomie betreft keuzevrijheid, het kiezen voor een autonome levensstijl, ook al moet je daarvoor breken met je familie. Een dergelijke keuze zou eerder tot geluk leiden dan dat men zich aanpast aan verwachtingen van de familie. Hierin lijkt het westerse script van je eigen weg gaan, al jong zelfstandige keuzes maken en op eigen benen staan, nauwelijks ter discussie te staan.

Een variant hiervan is de inzet om 'beter te worden'. Hulpverleners leggen zich niet gemakkelijk neer bij een keuze van een cliënt om zijn of haar ziekte te accepteren en als een beperking voor dagelijkse activiteiten te zien. Het recht op participatie in de samenleving, ook voor zieken en gehandicapten, is doorgeslagen naar de verplichting jezelf met je ziekte in het openbare leven te tonen.

Het romantische huwelijk

Relaties moeten niet alleen gelijkwaardig zijn, ze moeten ook een romantische oorsprong hebben. Uithuwelijking, gearrangeerde huwelijken met instemming van beide partners en 'importbruiden of -bruidegommen' leiden tot weinig begrip bij hulpverleners.

Verlegenheid rond islamitische homoseksuelen

Een variant op de aanname over emancipatie is de emancipatie van homoseksuelen. In de bespreking van interculturele competenties komen twee cases van homoseksuele islamitische mannen naar voren. De twijfel over de benadering van deze mannen lijkt groter dan die van vrouwen, die in een genderrol gevangen zitten. Kennelijk is de emancipatie van homoseksuele mannen een weerbarstiger thema dan de emancipatie van vrouwen. Hulpverleners kunnen zich goed voorstellen dat de familie van deze mannen afwijzend gaat reageren op een eventuele 'coming out' van hun cliënt en dit dilemma kan leiden tot het niet bespreekbaar maken van het thema.

Het vertoog over migranten en vluchtelingen in de GGZ is doorspekt met verwijzingen naar cultuur. We hebben er niet voor gekozen cultuur centraal te stellen. We hebben juist gekeken naar de systemen, op overheids- en instellingsniveau en naar concrete aanduidingen van groepen, modellen en praktijken. Daar waar hulpverlener en cliënt een andere etniciteit of religie hebben, gaat cultuur vaak een belangrijke rol spelen. Cultuur wordt dan meestal ruimer opgevat dan het geval is bij autochtonen. De beschouwing van cultuur bij autochtonen beperkt zich vaak tot de familiegeschiedenis, in een enkel geval tot de religie maar dan houdt het ook op. Terwijl bij migranten en vluchtelingen vaker gewezen wordt op normen en waarden die bij een ander land, culturele groep of religie zouden behoren.

De ervaring van veel hulpverleners is dat ze, door vertrouwen op te bouwen, cultuurverschillen kunnen overbruggen. Er is in de verslagen van symposia regelmatig sprake van ‘transcultureel optimisme’. Dat betekent dat hulpverleners positief denken over het kunnen overbruggen van cultuurverschillen. Dit kwamen we vooral ten aanzien van vluchtelingen tegen. Voor sommige hulpverleners werden vluchtelingen een doelgroep waarmee ze zich identificeerden. Cultuur is dan niet per definitie een ‘probleem’.

De keerzijde van het gebruik van het concept cultuur is eerder besproken, onder meer daar waar Schinkel culturalisme aan de kaak stelt. Hij vindt het gebruik van het concept cultuur in de zorg gewelddadig en racistisch omdat het iets aan mensen toeschrijft op grond van een eigenschap, niet op grond van wat zij doen. Het blijft dus schuren om een begrip als cultuur te gebruiken. Het gaat om de herkenning van het toepassen van cultuur als groepeeigenschap aan individuen zonder na te gaan hoe zij zichzelf ten opzichte van de cultuur differentiëren.

Nar aan het hof

Voor sommige hulpverleners lijkt interculturalisatie iets dat anderen doen, een bepaalde collega of een team. In ieder geval voelen zij zich zelf niet geroepen interculturele vraagstukken te signaleren en eventueel op te lossen. Voor degenen, die dat wel proberen te doen, kan een dergelijke houding frustrerend werken. Soms krijgt de interculturele hulpverlener de indruk dat hij of zij de nar aan het hof is die af en toe even van zich mag laten horen maar niet erg serieus genomen wordt.

In een vergadering over kwaliteitszorg wordt besproken welke items het team dit jaar op de agenda wil zetten. Het bereik van migranten en vluchtelingen is al jaren een probleem in deze GGZ instelling en een hulpverlener stelt de vraag waar dit punt het beste bij aansluit. Nergens in de notitie over kwaliteit wordt het woord migranten of vluchtelingen gevonden. Men ziet het probleem wel maar de structuur (van de HKZ¹) moet gevolgd worden. Uiteindelijk zegt de team-psychotherapeut dat we geen beleid kunnen maken van iemands hobby.

¹ Harmonisatie Kwaliteit van Zorg

Het is de kunst om dit soort opmerkingen te zien als de ruimte en uitdaging voor discussie. Een nar weet dat hij soms de vinger op de gevoelige plek mag leggen, maar hij moet geen dominee willen worden. Het niet serieus nemen van de toegankelijkheid voor migranten en vluchtelingen is één kant van de zaak, het moraliserende vingertje over de noodzaak tot interculturalisatie de andere kant.

6.8. Scharnieren naar de toekomst

Na een terugblik op de verschuivingen in het vertoog van hulpverleners over migranten en vluchtelingen en het benoemen van een aantal wrijfpunten, is het een uitdaging om de ruimte voor en de richting van nieuwe ontwikkelingen te zien. Verschil kan ook tot scharnieren leiden, waarbij een scharnier uitdrukt dat men wel verbonden blijft met het bestaande vertoog maar de deur openzet voor nieuwe invloeden. Het debat over migratie, gezondheidsverschillen en interculturele zorg is een levendig debat en er komen iedere keer weer nieuwe inzichten bij. In deze paragraaf zullen we een aantal geluiden uit dat debat laten horen.

Kenmerkend, ook voor eerdere periodes is het geen overeenstemming bereiken over de definitie van de problemen. Dat heeft te maken met hoe men over de doelgroep(en) denkt maar ook hoe men wetenschappelijk kan onderbouwen of er verschillen zijn en wat die betekenen. Om kunnen gaan met verschillen, vraagt om situaties waarin mensen gelijke rechten hebben en over zichzelf kunnen beschikken. Het benaderen van ieder mens als individu, iets dat de GGZ-hulpverlener over het algemeen tracht te doen, kan onder druk komen te staan door het denken in groepsverschillen. Multiculturalisme is gebaseerd op het denken in groepsverschillen (Malik, 2009). Het is de kunst met de spanning tussen individu en groepen om te gaan. Dat is een scharnier naar meer creativiteit en vraagt om niet langer in hokjes te denken over mensen.

Culturele sensitiviteit krijgt een andere betekenis als hulpverleners dit niet alleen in hun beroepspraktijk geacht worden toe te passen. De modellen voor het bevorderen van interculturalisatie geven wel houvast maar kunnen ook tot te veel routinisering leiden. Het is een kunst om de complexiteit van mensen met psychische problemen in de zorg recht te doen, met de creativiteit en betrokkenheid die daarbij nodig zijn.

Waarom weten we niet wat het probleem is?

In elke periode, die we terugblikkend hebben geanalyseerd, komt een beeld naar voren over de problemen, waar het vertoog van GGZ-hulpverleners om draait. Eerst waren migranten en vluchtelingen onbekend met de GGZ, toen hadden ze een andere verklaring voor hun psychische problemen, daarna verschoof het accent naar de hulpverlener die meer kennis over andere culturen moest verzamelen om met migranten en vluchtelingen te kunnen werken en vanaf 2002 krijgt de benarde positie van gemarginaliseerden, waaronder veel allochtonen meer aandacht. Zoals gezegd, in het maatschappelijk vertoog komt religie sterk over het voetlicht, dat element ontbreekt nog nagenoeg in het vertoog van hulpverleners.

Wat is dan nu, anno 2009, het probleem voor hulpverleners? De meningen lijken behoorlijk te verschillen en dat hoort ook zo als er een debat is. We zullen een aantal meningen laten horen.

Er is geen doelgroep meer

Gaan we uit van een multiculturele samenleving, waarin zich in de afgelopen jaren alsmaar meer differentiatie toont, dan houdt het op een gegeven moment op om nog over migranten, vluchtelingen of allochtonen te spreken als een groep. Deze argumentatie zien we terug als het gaat om het zoeken naar de factoren, die dan nog wel verschil maken in een populatie. Soms is dat niet meer etniciteit of religie maar een nieuwe variant daarop. Het aantrekkelijke van deze argumentatie is dat iedereen alles kan zijn, er geen hokjes meer bestaan waar mensen ingestopt worden op basis van bepaalde persoonlijke karakteristieken. In sommige situaties zal dit inmiddels ook al voorkomen, maar als we naar het publieke debat kijken dan is dit ideaal nog ver weg. In het publieke debat wordt juist voortdurend op (groeps)onderscheid gewezen. Wat we wel willen overnemen van deze redenering is dat de doelgroepen sterk veranderd zijn qua grootte, samenstelling, culturele oriëntatie, participatie in de samenleving, gezondheid en opstelling in interculturele interacties. Het is nu echt definitief onmogelijk om nog over dé Marokkaan of dé vluchteling te spreken. Niet langer stereotypedenken, kan een scharnier zijn naar werkelijk ontmoeten.

Geen bewijs voor verschil

Een ander type redenering gaat over het kunnen aantonen van gezondheidsrisico's, -verschillen en daaraan gerelateerd zorggebruik. Zoals we lieten zien in 6.7. is de redenering dat we nog zo weinig weten en dat er geen epidemiologisch onderzoek beschikbaar is waar migranten en vluchtelingen voldoende in vertegenwoordigd zijn om een helder beeld te geven van het voorkomen van psychische problemen en psychiatrische stoornissen, al dan niet gedifferentieerd naar subgroepen. Vervolgens is er geen vergelijkend onderzoek dat evidence based laat zien dat behandelingen effectief zijn, of dat interculturele benaderingen meer effect sorteren dan reguliere benaderingen. Deze argumentatie is te vinden in de conclusie van het onderzoek dat Bekker en van Mens-Verhulst (2008) deden en ook van Dijk (2009) laat zich hier zo over uit. Het gaat dus om een combinatie van drie punten:

1. het ontbreken van epidemiologische gegevens;
2. geen bewijs voor effectiviteit van behandelingen;
3. geen bewijs dat interculturele benaderingen beter zijn.

Dit is een argumentatie die naar de gehele bevolking probeert te kijken. Op elk punt zijn er echter problemen, die zeer complex zijn. We zullen ze kort bespreken, waarmee we niet pretenderen een volledig beeld van de onderliggende problemen te geven.

Epidemiologische gegevens

Uitkomsten van epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van psychische stoornissen onder de bevolking geven richting aan de invulling van de zorg maar er is geen één op één relatie tussen epidemiologische gegevens en zorgaanbod. Er kan een probleem zijn met hoe de data zijn verzameld, waardoor bepaalde stoornissen over- of onderbelicht worden. Voor migranten en vluchtelingen geldt dan specifiek dat de betekenis van klachten en het uiten ervan niet adequaat geïnterpreteerd zouden kunnen worden. Het meest besproken voorbeeld hiervan is het voorkomen van schizofrenie onder Marokkaanse (jonge) mannen. Zelfs als we voorbij gaan aan belangrijke argumenten om deze hogere prevalentie te verklaren, kunnen we niet concluderen dat de GGZ het zorgprogramma voor angststoornissen met dezelfde factor als de prevalentie moet vermenigvuldigen om de zorg voor Marokkanen adequaat te maken. Het hebben van een psychische stoornis is niet het enige dat de zorg aanstuurt. Hulpzoekgedrag, steun in de directe omgeving, algemeen functioneren en de combinatie met andere problemen zijn hier van invloed. Oliemeulen en Thung (2007) lieten al zien dat schizofrenie op zich voor patiënten niet het belangrijkste begrip is om hun situatie en problemen mee aan te duiden. De problemen in hun dagelijks leven worden veel meer als zodanig gezien, al zullen die vaak wel mede het gevolg zijn van het hebben van een psychische stoornis.

Effectiviteit van behandelingen

De GGZ is zo'n complexe wereld –en de mens zo'n complex wezen- dat we nooit in staat zullen zijn om de behandeling van welke interventie of methode dan ook volledig te isoleren van andere factoren die invloed hebben op welbevinden, gezondheid en kunnen functioneren. Hulpverleners realiseren zich in de directe cliëntcontacten vaak dat een toevallige gebeurtenis van grote invloed kan zijn en ook dat zij soms onverwachte effecten sorteren door ongerichte opmerkingen, een bepaalde opmerking of houding.

Vergelijkingen tussen behandelingen

Als het vaststellen van effectiviteit al zo ingewikkeld is, dan is het kunnen vergelijken van behandelingen die al dan niet intercultureel zijn, al helemaal moeilijk. We kunnen bijvoorbeeld wel vergelijken of cliënten in een I-Psy meer contacten hebben met hun hulpverlener dan in een reguliere instelling maar hun problemen kunnen vanaf het begin al te zeer verschillend zijn geweest om een zorgvuldige vergelijking te maken. Ook hier is de complexiteit van mensen met psychische problemen en de zorg zo groot dat een vergelijking nooit uitsluitsel kan geven over de effectiviteit van bepaalde behandelingen. We zullen dus af moeten gaan op hoe enthousiast cliënten en hulpverleners zijn over de zorg die zij krijgen en bieden. In verschillende onderzoeken komt dan naar voren dat het contact met de hulpverlener een belangrijke voorspeller is voor een succesvolle interactie. Overeenkomst in culturele achtergrond en cognitieve matching worden hier als factoren gevonden. Wat precies cognitieve matching inhoudt lijkt onvoldoende onderzocht. Mogelijk gaat het niet alleen om het delen van opvattingen over ontstaan van psychische klachten en de manier om met die

klachten om te gaan. Misschien moeten cliënten en hulpverleners ook in dezelfde wereld leven. Een grotere mate van herkenning van onderlinge verbondenheid in waarden, sociale contacten en idealen scharniert naar meer identificatie, saamhorigheid en betrokkenheid.

De ideale wereld

In een ideale wereld – dus in een wereld waarin iedereen goede zorg krijgt – worden mensen niet gediscrimineerd maar krijgen zij een gelijkwaardige behandeling. Hulpverleners behandelen een individu, zijn of haar familie, zonder voorgenomen standpunten of stereotype beelden, die een werkelijk contact in de weg staan. Het contact tussen hulpverlener en cliënt is goed, warm, men voelt zich vertrouwd met elkaar en met elkaars verschillen. Dan kan de cliënt zich uiten zoals hij of zij zich echt voelt en kan de hulpverlener zoeken naar benaderingen die de cliënt kunnen helpen. Verschillen worden met respect en nieuwsgierigheid behandeld. Zo zou het moeten zijn met alle cliënten, ongeacht culturele verschillen. Dat wil niet zeggen dat taal, geboorteland, migratie, leeftijd, gender, opleiding, liefde, kinderen, werk, huisvesting, creativiteit, karakter, religie, spiritualiteit of politieke opvattingen geen rol zouden kunnen spelen.

Waar het hier omgaat is dat denken vanuit individuele verschillen heel gemakkelijk vervangen wordt door de kennis, die we over groepen krijgen, die één of meerdere aspecten gezamenlijk hebben. Malik wijst op het effect van de multiculturele benadering, waarbij groepsnormen en –waarden het uitgangspunt vormen voor het maken van onderscheid.

Het verraadt een gebrek aan zelfvertrouwen om de verschillende groepen in de samenleving niet te benaderen als inwoners van dezelfde natie. Ze (politici en beleidsmakers, SK) besloten de makkelijke weg van het multiculturalisme te bewandelen en betalen daarvoor nu de prijs (Malik in NRC 1-8-09)

In de zorg zouden hulpverleners dus zoveel zelfvertrouwen moeten hebben dat zij geen houvast gaan zoeken in een multiculturele benadering, dat wil zeggen een groepsbenadering, maar zich blijven laten leiden door hun individuele analyses. We denken dat dit zelfvertrouwen niet vanzelf aanwezig is. De bekendheid met en het gemak waarmee men omgaat met culturele verschillen hangt van veel meer factoren af dan het opdoen van interculturele kennis of ervaring in de hulpverlening. Hulpverleners die ook buiten de spreekkamer, in hun persoonlijke leven veel te maken hebben met culturele verschillen en dan niet alleen de meest directe zoals gender en leeftijd maar ook bijvoorbeeld etniciteit en migratie zullen mogelijk meer gedifferentieerd denken over deze aspecten in de behandelrelatie. Er komen steeds meer mensen voor wie de diversiteit vanzelfsprekend is.

Het is niet het beleid (multiculturalisme, SK) dat Groot Brittannië heeft getransformeerd maar de sociale veranderingen onder de oppervlakte, zoals de economische welvaart van de jaren '90. Bovendien groeit er een nieuwe generatie op die gewend is aan de diversiteit en er zich bij op zijn gemak voelt (Malik in NRC 1-8-09).

Kennis over migratie, andere culturen, verschillende verklaringen voor gezondheid en ziekte leiden niet automatisch tot een open houding ten aanzien van diversiteit. Het aantal symposia en publicaties over interculturalisatie kunnen we niet zomaar vertalen naar het meer gedifferentieerd denken over migranten en vluchtelingen of het zich gemakkelijk voelen in situaties waarin interculturele verschillen groot lijken. We kunnen hierbij ook denken aan de vele oefeningen, simulaties en films, die mensen bewust maken van de reacties, die zij zelf voelen als zij in een oncomfortabele minderheidspositie geplaatst worden. Dat deze oefeningen nog steeds tot inzicht leiden, soms echt eye-openers zijn, geeft te denken over de naïviteit waarmee men veronderstelt dat culturele sensitiviteit een gemakkelijk aan te leren houding is. En dat zouden we kunnen vertalen naar het gevoel dat migranten en vluchtelingen hebben als zij met een hulpverlener in contact komen.

Rechten en zelfbeschikking

Het omgaan met verschillen wordt gemakkelijker als de dragers van diversiteit dezelfde rechten hebben. Dit punt zou in een ideale wereld ook vanzelfsprekend zijn. Loopt men echter het risico dat men, door het laten zien van een verschil, benadeeld, gediscrimineerd of uitgesloten wordt, dan zal men vaak geneigd zijn dit verschil te verstoppen of een omgeving te zoeken waarin dat verschil juist verwelkomd wordt. Vrouwen en homo's, mensen van dezelfde leeftijd, migranten, vluchtelingen, politiek gelijkgestemden, hoeven zich niet te verbergen in eigen organisaties maar voelen zich er soms toch meer op hun gemak. In alle gevallen hebben ze te maken met een dominante groep, waarvan zij vanwege dat ene aspect geen deel uitmaken. Hoe comfortabel dat is, hangt van de situatie af. We weten dat dominante groepen niet zomaar hun macht opzij zetten en van de voordelen van meer diversiteit gaan genieten. Strijd, het opeisen van gelijke rechten, positieve identificatie met en differentiatie van leden van subgroepen maken processen van emancipatie gemakkelijker. Daarbij zijn het gelijkheidsbeginsel en een beroep kunnen doen op burgerrechten de ultieme basis. Hulpverleners hoeven niet direct politieke barrières te gaan slechten maar zij kunnen er wel meer vanuit gaan dat migranten en vluchtelingen een vanzelfsprekend onderdeel uitmaken van hun cliëntengroepen. En hen met respect behandelen!

Rechten en zelfbeschikking hangen met elkaar samen. In de zorg heeft dit punt in ieder geval te maken met het kunnen kiezen van de zorg of de voorziening, die men zelf het meest aan vindt sluiten bij de eigen behoeften. Vooral de keuze tussen reguliere instellingen en categorale voorzieningen zou gebaseerd moeten zijn op gelijke informatie, toegang en zelfbeschikking. Pas dan kan men echt zelf kiezen. Ook dit past meer in een ideale wereld dan in de realiteit. Mensen weten niet wat ze niet weten, zijn vaak niet bekend met het totale aanbod of kunnen dat niet gemakkelijk bereiken.

Meer dan interculturele competenties of cultureel vakmanschap

Met de pogingen om organisaties een matrix te geven voor interculturalisatie (Bellaart, 2001), de interculturele competenties van hulpverleners in de GGZ te benoemen (Kramer, 2004) of analyses van de zorg te maken in termen van cultureel vakmanschap (ZonMw, 2008) zijn we er nog niet. Als uitgangspunten voor het veranderen van organisaties of het (bij)scholen van hulpverleners zijn deze beschrijvingen zinvol. Het gaat er om hoe deze schema's in de praktijk gebruikt worden.

Daarbij willen we wijzen op de aarzeling, die sommige organisaties en hulpverleners lijken te hebben om zich hier serieus op te richten en op de grauwe sluier die soms over interculturalisatie komt te liggen. De aarzeling heeft vaak te maken met het ontbreken van het gevoel van urgentie. Er spelen zoveel veranderingsprocessen tegelijkertijd en men vraagt zich af, net als in de bovenstaande argumentatie over bewijs voor effectiviteit, of een interculturalisatieproject wel nodig is. De spirit, waar de interculturalisatie beweging in het begin zeker van getuigde, is er nog steeds. Dat was bijvoorbeeld de indruk van veel mensen op het jubileum congres Gekleurde Gekte (2009). Maar we zien ook voorbeelden van toepassingen omdat 'het moet'. Een beleidsplan is niet volledig als er niet ook een interculturele paragraaf in zit. En dan wordt er al snel van alles uit andere nota's geknipt en geplakt en wordt de interculturele paragraaf een bloedeloos aanhangsel. Niemand kan meer achterhalen over welke doelgroep(en) het gaat, op welke problemen de analyses of aanbevelingen eigenlijk zijn gebaseerd en men heeft uit allerlei verschillende bronnen en periodes een mengsel gebrouwen, waar niemand beter van lijkt te worden. Dan is interculturalisatie niet alleen een routine, maar ook een log monster geworden. Het zou goed zijn om bij dergelijke projecten als uitgangspunt te nemen met welke visie of betrokkenheid men er aan begint. Niet om moralistisch te oordelen of men wel goed bezig is, maar om de realiteit in de gaten te houden. Soms is een aansporing door de Raad van Bestuur wel een scharnier om interculturele processen weer uit de kast te krijgen.

Complex maar nodig

We zouden op grond van bovenstaande bedenkingen en argumentaties de moed kunnen verliezen om nog bezig te zijn met interculturalisatie. Dat doet geen recht aan de ongelijkheid tussen allochtonen en autochtonen die we in vrijwel alle sectoren van de samenleving nog tegen komen. We leven nog niet in een ideale wereld. Inzet, strijd en betrokkenheid blijven nodig.

De complexiteit van de behandeling van psychische problemen en psychiatrische stoornissen noodzaakt hulpverleners en beleidsmakers de processen te reduceren tot beheersbare werkvormen. Daarmee kunnen we niet anders dan individuele verschillen enigszins abstraheren tot algemene kenmerken. Vandaar dat we –met de nodige voorzichtigheid- toch pleiten voor het toepassen van organisatiemodellen gericht op multicultureel vakmanschap en het implementeren van interculturele competentieprofielen in opleidingen, beroepsverenigingen en werksituaties. We moeten ons wel blijven realiseren dat de werkelijkheid complexer, creatiever en weerbarstiger is dan we over het algemeen in modellen aan kunnen geven.

Bijlage 1

Hulpverlening aan asielzoekers

1.0. Inleiding

Het onderzoek naar de hulpverlening aan asielzoekers geeft in meer detail het vertoog van hulpverleners over migranten, in dit geval asielzoekers, weer. Het is als het ware een uitvergroting van het vertoog van hulpverleners, waarbij we vooral de nadruk zullen leggen op theoretische modellen en therapeutische praktijken.

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven, is het overheidsbeleid ten aanzien van immigratie in de periode 1993-2003 te typeren als streng, repressief ten aanzien van asielzoekers. In die periode is dit onderzoek gedaan. Er zijn aparte voorzieningen voor vluchtelingen en asielzoekers, zowel afdelingen binnen reguliere instellingen als voorzieningen die zich uitsluitend op vluchtelingen en asielzoekers richten. Beide zijn in dit onderzoek opgenomen.

Asielzoekers hebben een aantal gezamenlijke kenmerken. Zij worden sterk gedomineerd door één factor, te weten de onzekerheid over het verblijf in Nederland (of welk ander land dan ook) met als consequenties aparte huisvesting en regelingen voor arbeid en scholing.

Een tweede gezamenlijk kenmerk is de min of meer recente vlucht. In principe was de asielperiode nooit langer dan 1 tot 2 jaar bedoeld, waarschijnlijk zelfs korter maar door de toename van het aantal asielzoekers en het niet kunnen afhandelen van die verzoeken door de IND, nam de groep spectaculair toe.

De onderzoeksvraag is welke verschillen er zijn in het vertoog van hulpverleners, die met asielzoekers werken op verschillende locaties. De onderzoeksgroep bestaat uit hulpverleners in Nederland, werkzaam op twee locaties, en hulpverleners in Zuid-Afrika. Het perspectief van enkele vluchtelingen komt aan bod in twee van de drie locaties als reflectie op de manier waarop hulpverleners hen proberen te helpen.

Het onderzoek vond plaats in de periode december 1998 – begin 2000 en daarvan is een voor-publicatie verschenen onder de titel “Gezocht: asiel en hulp” (Kramer, 2000).

Naast elkaar zijn drie locaties waar hulpverleners met vluchtelingen werken, onderzocht.

- De afdeling dagbehandeling voor vluchtelingen van de GGZ 's Hertogenbosch (inmiddels Reinier van Arkel groep).
- De afdeling zorgverlening van Pharos, inmiddels overgenomen door Centrum '45, de Vonk.
- Het Trauma Centre for Victims of Violence and Torture in Kaapstad, Zuid Afrika.

We onderzoeken de begrippen, waarmee hulpverleners de asielzoekers typeren, die we beschrijven als de constructie van de doelgroep. Ook worden de theoretische modellen en therapeutische praktijken beschreven. Vanwege de bijzondere maatschappelijke positie van asielzoekers, wordt specifieke aandacht

besteed aan de vraag op welke manier de context van cliënten opgenomen wordt in het vertoog van behandelaars.

De behandelaars werken, zoals gezegd, in Nederland en in Zuid-Afrika. De context van zowel behandelaars als cliënten is daarmee verschillend qua geografische locatie maar ook qua politieke achtergrond. We zullen nader ingaan op de keuze voor diverse locaties.

Daarna zullen we de methode van onderzoek en de concrete onderzoeksvragen bespreken. Dan volgen de resultaten per locatie. Die gaan over het vertoog van hulpverleners over de behandeling van asielzoekers in Vught, Amsterdam en Kaapstad. Daarbij is gekeken naar hoe het vertoog van hulpverleners in de concrete uitvoering van de hulpverlening zichtbaar wordt.

Diversie locaties

Voor dit onderzoek is gezocht naar speciale locaties waar asielzoekers behandeld worden. We zullen hier nagaan of het onderscheid tussen vluchtelingen en asielzoekers consequenties heeft voor de manier waarop hulpverleners denken en hoe zij de behandeling van die groep vorm geven. Er zijn twee locaties in Nederland en één in Zuid-Afrika gekozen.

1. In Nederland is gekozen voor een centrum voor dagbehandeling van asielzoekers, een onderdeel van de GGZ 's Hertogenbosch, dat inmiddels anders heet: de Reinier van Arkel Groep. In 2000, toen dit onderzoek werd uitgevoerd, was deze afdeling één van de weinige afdelingen voor dagbehandeling, waar asielzoekers terecht konden. Daarna zijn er op meerdere locaties vormen van dagbehandeling ontstaan, mede gestimuleerd door aparte regelingen en afspraken met de zorgverzekeraar.
2. Pharos had in 2000 nog een afdeling voor behandeling, met locaties in Utrecht en Amsterdam. Daar werden niet alleen asielzoekers maar ook vluchtelingen behandeld, in een ambulante setting. Inmiddels is deze afdeling geen onderdeel meer van Pharos. De hulpverlening in Utrecht is op gegaan in de reguliere GGZ, in Amsterdam zijn de hulpverleners van Pharos gefuseerd met Centrum '45, de Vonk.
3. De derde onderzoekslocatie is gekozen om het contrast te maken met de eerste twee centra. De keuze voor een centrum in Kaapstad is gebaseerd op de veronderstelling dat de politieke context in een land een rol kan spelen in de ontwikkeling van het denken van behandelaars. De vraag is dan of de periode van Apartheid geleid heeft tot andere opvattingen over behandeling, die ook nu nog, na de afschaffing van Apartheid, terug te vinden zijn in de concepten van hulpverleners. Dit centrum is het Trauma Centre for victims of torture and violence.

1.1. Methode van onderzoek

De centrale vraag in dit onderzoek is hoe het vertoog van hulpverleners, die werken met asielzoekers, getypeerd kan worden. Deze vraag valt uiteen in enkele subvragen.

- Met welke begrippen beschrijven de hulpverleners hun doelgroep, de asielzoekers, die hun cliënten zijn?
- Hoe beschrijven de asielzoekers zichzelf, hun moeilijkheden en de problemen waarmee zij in de behandeling aan het werk zijn?
- Welke theoretische modellen en therapeutische praktijken komen naar voren in de behandeling van asielzoekers?
- Zijn er onderlinge verschillen, per locatie, in het vertoog over de behandeling van asielzoekers?
- Op welke manier is de maatschappelijke context van asielzoekers opgenomen in het vertoog?

Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin twee onderzoeksmethoden gebruikt worden.

- Interviews met hulpverleners en asielzoekers;
- Opnames van gesprekken tussen hulpverleners en cliënten.

Per locatie zijn de onderzoeksmethoden aangepast. Ook de onderzoeksgroep verschilt per locatie. Ik zal die nu apart beschrijven.

1. De eerste locatie is de GGZ 's Hertogenbosch en daarbinnen de afdeling dagbehandeling voor vluchtelingen in Vught. Op deze afdeling zijn vier hulpverleners en zeven cliënten individueel geïnterviewd. De cliënten zijn door de hulpverleners geïnformeerd over het onderzoek en zij hebben ook schriftelijke informatie gekregen. Benadrukt is dat deelname aan het onderzoek geen gevolgen heeft voor de behandeling op de afdeling of, nog breder, de asielprocedure. De keuze voor de afdeling dagbehandeling is gebaseerd op het feit dat dagbehandeling elders niet of nauwelijks aangeboden wordt. Twee van de hulpverleners zijn psychiater, de anderen zijn sociotherapeut en verpleegkundige. Met de hulpverleners is zowel over de cliënten die deelnemen aan het onderzoek gesproken als meer in het algemeen over de behandeling van asielzoekers.
2. De tweede locatie is Pharos, afdeling zorgverlening. Op de afdeling zorgverlening zijn drie opnames gemaakt van gesprekken tussen hulpverleners en asielzoekers, die allen nog in een verkennende fase van het hulpverleningsproces zaten. De cliënten zijn door de hulpverleners benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarbij hebben de hulpverleners gezocht naar cliënten, die nog geen status hebben in Nederland en met wie zij nog in een fase van het hulpverleningsproces zitten, waarin problemen worden geïnventariseerd en gedefinieerd. Deze keuze is gemaakt omdat in de opnames van deze gesprekken mogelijk meer informatie beschikbaar zal komen over de achterliggende concepten, die hulpverleners gebruiken om de asielzoekers te behandelen. Bij twee gesprekken was de onderzoeker aanwezig, een derde gesprek is door de hulpverlener op band opgenomen, net als overigens de andere gesprekken. De opnames zijn verbatim uitgewerkt en geanalyseerd. Inmiddels heeft Pharos de directe hulpverlening aan

vluchtelingen en asielzoekers overgedragen aan andere instellingen. Pharos is nu het landelijke kennis- en adviescentrum dat gespecialiseerd is in de gezondheid van vluchtelingen, asielzoekers, illegalen en andere nieuwkomers en in de interculturalisatie van de zorg.

3. Op de derde locatie, het Trauma Centre for Victims of Violence and Torture in Kaapstad, Zuid-Afrika, zijn drie therapeuten geïnterviewd. Die interviews gingen over cliënten van de hulpverleners en algemener over de hulpverlening aan asielzoekers in Zuid-Afrika. Het was onmogelijk om cliënten te interviewen. De hulpverleners gaven daarvoor als reden dat de cliënten zich niet veilig voelen in Zuid-Afrika. Hulpverleners gaan naar de plekken waar de cliënten zich ophouden. Dat kon een leegstaande supermarkt zijn of een opvanghuis voor vrouwen. Het kost de hulpverleners veel moeite om het vertrouwen van deze cliënten te winnen en zij waren ervan overtuigd dat toestemming vragen aan cliënten om deel te nemen aan een onderzoek, deze vertrouwensrelatie geen goed zou doen. Daarnaast zijn twee psychologen geïnterviewd, die onder meer betrokken waren bij de hulpverlening aan politieke activisten in de periode van het apartheidsregime. Zij werken nu allebei voor een universiteit in Kaapstad.

1.2. Resultaten

De interviews en opnames zijn geanalyseerd op de thema's, die in de onderzoeksvragen centraal staan: het vertoog van hulpverleners in de GGZ over asielzoekers.

De resultaten worden per locatie weergegeven. Aangezien per centrum verschillende onderzoeksmethodes zijn gebruikt, verschillen de resultaten ook enigszins. Zo komt in Vught het perspectief van de asielzoekers direct naar voren. De informatie van cliënten wordt gebruikt om meer inzicht te geven in de problemen van asielzoekers. Bij Pharos komt dit perspectief uit de opnames van therapeutische gesprekken en in Kaapstad zijn cliënten niet direct geïnterviewd, zoals hierboven is toegelicht. In alle drie de centra gaat het uiteindelijk over het vertoog van hulpverleners, die werken met asielzoekers.

A. De dagbehandeling voor asielzoekers in Vught

De dagbehandeling voor asielzoekers is gevestigd in een gebouw op het terrein van de GGZ instelling in Vught. Het is een groot terrein met diverse gebouwen, een kerk en verschillende wooneenheden. De asielzoekers in dagbehandeling volgen diverse therapieën en maken deel uit van een groep, waarin onder leiding van een sociotherapeut besproken wordt hoe het individuele proces en het groepsproces verloopt.

We beginnen met een beschrijving van de zeven asielzoekers, allen mannen¹, die individueel geïnterviewd zijn. Daarin wordt een beeld gegeven van de problemen die zij hadden bij de aanmelding en de problemen die zij nu nog hebben. Ook wordt een beeld gegeven van het hulpverleningsproces, hoe zij hebben moeten wennen aan de therapeutische concepten en welke effecten de behandeling op hen hebben gehad. De asielzoekers hebben een fictieve naam gekregen.

Daarna komen de concepten, die hulpverleners gebruiken om de problemen van asielzoekers te begrijpen en te behandelen aan bod. Deze zijn algemener beschreven, niet per individuele cliënt, maar als theoretische modellen.

A1 Hoe asielzoekers zichzelf beschrijven

Aan alle cliënten is gevraagd een beeld te geven van hun situatie voordat zij bij de dagbehandeling kwamen. De eerste vragen werden open gesteld zodat allerlei moeilijkheden en interpretaties van die moeilijkheden aan bod zouden kunnen komen. Daarna werd gevraagd met welke problemen zij hulp hadden gezocht. Welke problemen hebben zij de hulpverlener verteld? Hoe was het om over die problemen te vertellen? Hadden zij een verklaring voor die problemen en welke opvatting had de hulpverlener over hun problemen? Zoals van tevoren verwacht, had niet iedere asielzoeker een antwoord op alle vragen.

De interviews zijn gevoerd in het Nederlands, Engels, Frans en door gebruik te maken van tolken ook in de oorspronkelijke taal van enkele asielzoekers. De keuze voor de taal van het interview is aan de asielzoekers gelaten, waarbij hen telkens wel de mogelijkheid van gebruik maken van een tolk is aangeboden. Op het centrum voor dagbehandeling wordt gebruik gemaakt van een aantal vaste tolken, die in dienst zijn van het tolkencentrum. Deze tolken zijn enkele dagen per week op de afdeling aanwezig en de individuele contacten tussen hulpverleners en cliënten worden rond de groepstherapeutische sessies gepland.

Ik deel de interviews in naar thema's, die samenvatten wat de asielzoekers vertelden. Telkens wordt de respondent geïntroduceerd door te beschrijven hoe oud hij is, uit welk land gevlucht en hoe lang de asielprocedure al loopt².

Ahmin

Ahmin verblijft meer dan 5 jaar in Nederland en heeft een nieuwe asielaanvraag ingediend. Hij is eerder al uitgeprocedeerd geweest. Ahmin is 39 jaar, komt uit Iran en leeft met twee andere mannen in een kamer op het AZC.

Gevolgen van detentie en folteringen

Op de vraag naar zijn moeilijkheden noemt hij de problemen in Iran, die ook aanleiding voor de vlucht vormden. Hij heeft een aantal maanden gevangen gezeten. Hij is tijdens die gevangenschap gemarteld en mocht daarna zijn

¹ Er waren destijds ook vrouwen in behandeling maar het aantal mannen was veel groter en de selectie van de respondenten is in overleg met de behandelaars gedaan. Daarbij is gekozen voor twee groepen, die gezamenlijk behandeld worden en waarin uitsluitend mannen zaten.

² De namen van de respondenten zijn gefingeerd om anonimiteit te waarborgen

woonplaats niet meer verlaten. Toen is hij gevlucht. Over die periode, de gevangenschap en martelingen en de problemen die hij daarna kreeg, heeft hij de hulpverleners verteld.

Slapeloosheid en herbeleven

Ahmin heeft verteld over zijn slapeloosheid, nachtmerries, herbelevingen en zich terugtrekken. Hij was voortdurend angstig en wantrouwend ten opzichte van andere mensen.

Privé

Ahmin heeft de hulpverleners over zijn problemen verteld maar

“er zijn altijd een aantal problemen die je privé houdt en niet vertelt, ook niet aan hulpverleners.”

Het was moeilijk om over zijn problemen te praten.

“Vooral als je uit een cultuur komt waar je geleerd hebt niet te praten over je problemen, maar waar vergeten het beste lijkt. Dus begrijpen dat je problemen hebt en dat je daarover zou moeten praten, is moeilijk te begrijpen.”

Brahim

Brahim verblijft zo'n anderhalf jaar in Nederland, zijn asielpprocedure loopt nog. Hij is 22 jaar, studeerde in Iran.

Gevolgen van detentie en foltering

Hij kon niet slapen, had nachtmerries en was angstig. Hij schrok wakker bij elk geluid dat hem deed denken aan ervaringen in de gevangenis. De angsten hadden te maken met zijn herinneringen. Bovendien voelde hij zich depressief.

Eenzaamheid

Andere moeilijkheden, die Brahim noemt, maar die hij minder groot vindt dan de gevolgen van detentie en foltering, zijn de eenzaamheid en het missen van familie en anderen in zijn omgeving.

Hulpverlening

Brahim heeft de hulpverleners verteld over zijn klachten en hoe die veroorzaakt zijn. De detentie en martelingen zijn besproken. Hij heeft eerst alles globaal verteld, later zijn de traumatische ervaringen (zoals hij ze zelf noemt) in meer detail besproken. Dat was moeilijk, het emotioneert hem.

“Al met al zijn het geen leuke herinneringen in je leven en elke keer als ik erover praat, heb ik er moeite mee. De martelingen waren fors. Ik werd geblinddoekt en 's nachts meegenomen. Na 3 of 4 uur kwam ik terug in de cel als een hoop vlees.”

Hij werd vaak vernederd en gemarteld door hem geluiden te laten horen als waren het explosies. Na de vrijlating uit de gevangenis voelde hij dat hij heel erg veranderd was.

“Het probleem was dat ik niet meer na kon denken. Ik zat futloos in mijn kamer en heb geluk gehad met de aanmelding hier. Later werd mij zelf ook duidelijk dat de problemen een gevolg van trauma’s waren.”

Cedric

Cedric is bijna 2 jaar in Nederland en woont alleen in het AZC. Hij komt uit Zaïre en is 33 jaar oud.

Gezondheid

Hij vraagt direct aan de onderzoeker of de moeilijkheden betrekking hebben op zijn gezondheid.

“Het enige dat ik zie is mijn gezondheid. Ik heb veel problemen gehad, van alle kanten.”

Seksueel geweld

Cedric gaat door over de gezondheidsklachten.

“De meeste last heb ik van de gevolgen van verkrachtingen. Ik ben in de gevangenis verkracht en als gevolg daarvan heb ik aambeien en andere lichamelijke klachten zoals bloedverlies, zelfs als ik wijde kleren draag. Het is me helemaal gaan bepalen. Ik durf bijna niet te eten omdat als ik eet, dat er ook weer uit moet. Ik heb veel pijn met het naar de toilet gaan.”

Openhartig

Cedric vond het niet moeilijk om de hulpverleners uit te leggen welke problemen hij had. Er was altijd een tolk bij, die goed vertaalde en zij begrepen zijn klachten goed.

Dahan

Dahan is meer dan 5 jaar in Nederland en heeft nog geen status. Hij is 33 jaar, komt uit Iran en woont alleen in een ROA³ huis.

Zinloos

Dahan vertelt dat zijn moeilijkheden zo groot waren dat hij een einde aan zijn leven wilde maken.

³ ROA staat voor Regionale Opvang Asielzoekers. De ROA huizen werden door het COA gehuurd voor individuele huisvesting van asielzoekers, buiten de AZC's. Sinds enkele jaren bestaat deze vorm van opvang niet meer.

“Het allerbelangrijkste was de onzekerheid (in de procedure), waardoor je geen hoop meer hebt. Op dat moment komen de ervaringen uit het verleden terug als nachtmerries.”

Mensenrechten en gebrek aan erkenning

Zijn strijd voor mensenrechten in Iran, dwong hem te vluchten. Na 4 jaar in Nederland zag hij nauwelijks verschil tussen de regimes in Iran en in Nederland. Daar mocht hij niks zeggen, hier mag je alles zeggen maar de situatie is uiteindelijk dezelfde. De overeenkomst is dat je nergens erkenning krijgt.

“Als iemand politiek actief is in een land waar dat niet mag, doe je dingen die tegen het regime zijn, is elke minuut van je leven een onderdeel van een langdurig proces. Je moet een rol spelen, je mag niet jezelf zijn, dat doet heel veel pijn. Daar was ik mee bezig. Ik had een hele goede band met broers en zussen, die niet precies wisten wat ik deed. Ik dacht in het begin dat ik verder kon leven, in Iran was ik misschien wel gestorven. Ik ging Nederlands leren en werken als vrijwilliger. Het was niet voldoende. Ik bleef mezelf, ging door en door maar werd niet erkend. Die erkenning was heel erg belangrijk voor mij. Hier mag ik dus ook niet mezelf zijn. Dacht ik. Ik moest een rol spelen. Wat is het verschil? Waarom ben ik gevlucht? In Iran was ik bijna gestorven, waarom eigenlijk niet? Ik mocht eigenlijk geen vrijwilligerswerk doen. Als asielzoeker mag je heel veel niet doen.”

Er waren ook problemen voor Dahan met medebewoners in het ROA huis.

Wantrouwen

Dahan vertelt over de problemen die hij met hulpverleners heeft besproken.

“In de intake ging het over andere dingen: voor de groep is het belangrijk dat men dezelfde achtergrond heeft. Dat je in de gevangenis hebt gezeten of gemarteld bent. Later heb ik ook gemerkt dat dit soort dingen aan bod komen en als iemand geen ervaringen heeft, wordt het heel moeilijk voor deze persoon. Hij kan niet doorgaan met de hele groep. Dus ging het over het verleden, wat is er gebeurd. Dat heb ik verteld. De hele groep heeft dit soort ervaringen, daardoor kunnen we elkaar gemakkelijker vertrouwen. Want dat is een van de belangrijkste dingen, die bij ons beschadigd zijn: het vertrouwen. Niemand is meer te vertrouwen.”

Onzekerheid

De onzekerheid over het verblijf in Nederland is voor Dahan het grootste probleem.

“Omdat ik nog onzeker ben over de procedure, kan ik niet met m’n eigen leven verder. In Iran heb ik nooit de kans gekregen om verder te studeren. Ik mocht me niet inschrijven aan de Universiteit. Hier is het zonder verblijfsvergunning ook moeilijk om je in te schrijven. Ook in het aangaan van relaties is de onzekerheid moeilijk. Als een relatie serieuzer wordt, hoe kan ik iets aan een meisje beloven?”

Hulpverleners

Het was voor Dahan moeilijk om over zijn problemen te praten met de hulpverleners van de dagbehandeling in Vught.

“Ik heb dingen verteld, die ik niemand had verteld. Het blijft moeilijk om over sommige dingen te praten. Er zijn dingen die ik zelfs mijn ouders niet verteld heb, maar die ik wel aan de hulpverlener heb verteld. In de groep niet, ik ben nog niet zover dat ik dat in de groep kan vertellen. Dat is nog steeds moeilijk. Dat soort dingen roept veel pijn en verdriet op. Ik moet ook realistisch zijn. Die dingen zijn heel lang en diep in mij, ik moet proberen om die dingen los te krijgen. In de afgelopen 6,7 maanden heb ik dingen verteld aan de hulpverlener, die ik daarna gemakkelijker vond. Die dingen zaten gewoon vast. Ik ben er nog mee bezig, het kan niet in één keer.”

Erdohan

Erdohan is meer dan 5 jaar in Nederland en woont met zijn vrouw en kind in een AZC. Hij is 40 jaar en komt uit Iran.

Land van herkomst

“Eigenlijk had ik veel problemen, ik heb in Iran veel meegemaakt. Die problemen heb ik meegenomen. In Iran is er een andere cultuur: je gaat niet zomaar naar de huisarts of de psychiater. Hier heb ik er lang mee rond gelopen. De problemen waren een gevolg van wat ik heb meegemaakt in Iran.”

Een gekooid leven

“Naast praktische of dagelijkse problemen, die iedereen heeft, had ik andere problemen: de situatie maakte dat ik geen kans kreeg om de problemen te verwerken. De situatie van asielzoekers is net als die van dieren. Alleen hier zitten mensen in plaats van dieren in de kooien. Mijn vrouw had de arts gezegd dat het niet goed met mij ging en hij heeft mij voor een gesprek opgeroepen. Zo hebben ze mij naar hier verwezen. De problemen in Iran waren heel zwaar en ik heb het besluit genomen om weg te gaan. Maar 5 jaar hier in het centrum leven was ook niks. Een normaal mens zonder problemen, zou hier ook kapot aan gaan. Ik heb nu ook Nederlandse vrienden die het vreemd vinden dat we zo lang in zo’n situatie moeten leven. Ze zeggen ook dat ze iets abnormaals zien. Ik denk dat iemand die in de gevangenis zit, het gemakkelijker heeft dan een asielzoeker omdat de gevangene moet accepteren dat hij voor een periode vast zit. Maar ze zeggen niet dat we opgesloten zitten, het heet opvang en ze zeggen ook niet hoe lang het gaat duren. Dat is echt moeilijk. Je ziet ook mensen die niet meer normaal functioneren, die psychotisch worden of raar gaan doen. Ik ben misschien een van hen. Maar ik heb een kind, er kan iets gebeuren, daar moet voor gezorgd worden. Het is een onveilige plek.”

Discussie over de diagnose

Erdohan was het niet eens met de hulpverleners.

“Ik had vaak discussie over de diagnose. Psychisch was het ook niet zo dat ik last had of in de war was. Sommige mensen denken dat: omdat ik hier ben zal er wel iets met mij aan de hand zijn. Ik heb ook genoeg ervaringen. Mijn moeder had lange tijd slaapproblemen en de zwager van mijn zus was depressief. Ik zag bij hen de effecten van de medicijnen en ik wilde niet net zo worden. Ik had alles uitgelegd aan de arts en hem gezegd dat zolang ik in deze situatie zit (het AZC), dat ik problemen zou houden. Ik had van alles gedaan om het vol te houden. Ik ging soms uren hard lopen om mijn lichaam fit te houden. Dus ik zei als je denkt dat de medicijnen werkelijk beter zijn dan wat ik allemaal al heb uitgetoetst, dan geef ik me over. In mijn leven heb ik altijd mijn problemen zelf opgelost. Ik heb het jaren geprobeerd maar nu lukt het niet meer. Het is moeilijk om over mijn problemen te praten en eigenlijk heb ik nog steeds niet over al mijn problemen gepraat. Toen was ik zelf bang voor mijn problemen, die me achtervolgden en waar ik voor wegliep. Hier heb ik geleerd met mijn angst om te gaan, om er niet voor weg te lopen. Een van de moeilijkste ervaringen was het verlies van vrienden in de oorlog. Ik denk niet dat de problemen zouden zijn overgegaan als ik eerder uit het AZC had kunnen weggaan maar ik zou wel meer afleiding hebben gehad. Als ik meer te doen had, zou ik minder geprikkeld zijn”.

Fawad

Fawad is 4 jaar in Nederland en heeft een verblijfsvergunning. Hij is 43 jaar en woont in een eigen woning in Den Bosch. Zijn vrouw en drie kinderen zijn net als hij gevlucht uit Afghanistan en verblijven in Iran.

Trauma klachten

“Ik heb een pijnlijk leven gehad voordat ik hier kwam. Als je hier komt, krijg je vragen. Vragen, die de hulpverlener stelde, heb ik beantwoord. Ze stelden vragen over klachten: herbelevingen, angst, piekeren. Ik had geen normaal leven, ik voelde me depressief en getraumatiseerd. Ik had nachtmerries en sliep slecht. De klachten waren een gevolg van de martelingen. Het was moeilijk om te vertellen over mijn klachten en verdriet. Ik moest steeds huilen en ik heb er nu nog moeite mee maar het is beter geworden. De confrontatie met klachten gaf nek- en hoofdpijn. Ik probeerde de klachten te vermijden. Nu is het gemakkelijker geworden en de pijn is minder.”

Gorzan

Gorzan is 5 jaar in Nederland en er is nog geen beslissing genomen over zijn asielaanvraag. Hij is 37 jaar, gevlucht uit Iran en woont alleen in het AZC.

Martelingen en angst

“Ik verkeerde in een slechte psychische toestand ondanks dat ik in behandeling was bij een hulpverlener van de RIAGG. Ik had veel klachten en daarmee werd ik verwezen naar de dagbehandeling. Vanzelfsprekend

waren er problemen in mijn leefomstandigheden. Vooral de angst om teruggestuurd te worden en opnieuw mee te moeten maken wat de oorzaak was van mijn psychische klachten, was een groot probleem.”

De oorzaak van de psychische klachten ziet Gorzan in de martelingen en de angst in Iran. In Nederland duurde de angst voor terugkeer heel lang.

“De duur van de angst, 5 jaar, is heel erg. Zolang je onzekerheid hebt over het verblijf hier, kun je alleen maar piekeren in je kamer. Dat maakt het niet beter. Iedere keer als er een negatieve beschikking komt of als er berichten zijn over het terugsturen van de groep asielzoekers, waar je toe behoort, krijg je een shock. Ondanks het feit dat ik in Nederland woonde, was ik alleen bezig met de angst voor terugkeer. Dat heb ik hier ook verteld, naast andere klachten zoals nachtmerries en de herbelevingen van de periode in de gevangenis en de slapeloosheid. Het was niet moeilijk om uit te leggen. Je hoeft het niet uit te leggen want ze zien ook aan anderen dat ze angstig zijn. Zij konden het aan me zien dat ik angstig was. Het was zeker belangrijk dat ze het zelf zien. In het begin was ik niet in staat te vertellen over alles. Het is fijn dat ze het dan zien. Later kon ik er wel over praten.”

Twijfels en waardering over de behandeling

Zes van de zeven asielzoekers hadden twijfels over de aanmelding bij de dagbehandeling. De zevende had positieve ervaringen van anderen gehoord en heeft zijn behandelaar van de ambulante afdeling om een verwijzing gevraagd. De twijfels hadden vooral te maken met de vraag of praten over hun problemen wel zou kunnen helpen.

Ahmin:

“In het begin had ik twijfels of deze behandeling voor mij nuttig kon zijn omdat ik de hulpverleners niet helemaal kon vertrouwen. Ik wilde niet over alles praten, later wel.”

Ook bij Brahim was er sprake van wantrouwen

“om hier naar toe te komen en gelijk over problemen te praten. In feite doe je iets tegen je eigen normen en waarden in, gewoon hier komen en alles in grote lijnen bespreken.”

Het opnieuw vertellen van de problemen, die eerder al met een andere behandelaar zijn besproken, wordt ook lastig gevonden.

Erdohan:

“Het is niet gemakkelijk om telkens met anderen te praten. Ik had eerlijk gezegd de eerste maanden helemaal geen idee over wat er goed aan was. Ik dacht waar zijn we in Godsnaam mee bezig, wat moet ik hier doen?”

Van tevoren had geen van hen een goed beeld van de dagbehandeling. Cedric had het wel aan zijn arts gevraagd maar

“ze konden het niet uitleggen. Ze zeiden alleen dat ze me daar gingen helpen. Ik had niet gedacht in een land te komen waar ze altijd proberen te helpen”.

Achteraf zijn ze zonder uitzondering positief over de aanmelding en het verloop van de behandeling.

“Praten over moeilijke dingen is het uitgangspunt. De methode houdt in dat ze het tegendeel proberen te doen van wat in onze landen is gebeurd”,

zegt Ahmin, die verwachtte iets los te komen van zijn klachten en heel blij is met de hulp, die hij heeft gekregen.

“De rust, die ik had voor de traumatische gebeurtenissen en de gevangenschap, komt weer terug.”

Voor Cedric zijn alle onderdelen een verademing en hulp voor hem. Als visie achter de behandeling ziet hij het laten overgaan van de ziekte. Voor hem is de muziektherapie het meest effectief.

“Door de muziektherapie voel ik me beter. De nacht voordat er therapie is, voel ik me beter, slaap ik beter en kom ik gemakkelijker mijn bed uit.”

Brahim stelt dat

“de behandeling alleen effectief kan zijn als de persoon zelf dit wil. Klachten zijn niet in een korte tijd te verminderen en andere factoren moeten ook gunstig zijn. Die factoren kunnen te maken hebben met structuur, studie, nuttig bezig zijn en sport. Het effect daarvan is minder piekeren en daardoor valt meer succes van de behandeling te verwachten”.

Van de zeven respondenten twijfelt Erdohan het meeste aan het nut van de behandeling.

“Ik denk wel dat het helpt maar het is moeilijk nu te beoordelen. Als iemand ziek is en je neemt de koorts op, weet je ook niet of iemand beter wordt. Het gaat met mij wel beter maar ik weet niet hoe het zal worden.”

De asielzoekers zien dat de hulpverleners proberen rekening te houden met de gewoontes van mensen uit andere culturen en de cliënten voelen zich allen met respect behandeld. Soms wordt met verbazing gekeken naar de mate waarin hulpverleners behulpzaam willen zijn.

“In mijn eigen cultuur en door landgenoten werd ik heel hard aangepakt. Hier zijn ze voor buitenlanders zo behulpzaam. De mensen die hier werken

zijn niet verplicht te werken met getraumatiseerde vluchtelingen. Als je dat ziet, waarom zou je dan moeilijk doen over cultuurverschillen?”

Samenvatting

In de interviews met de asielzoekers komt een aantal begrippen naar voren, waarmee zij zichzelf, hun moeilijkheden en de problemen waarmee zij in de hulpverlening terecht zijn gekomen, beschrijven. Die begrippen zijn onzekerheid, angst en somberheid, lichamelijke en extreme, lastige gevoelens of psychische klachten. Zij beschrijven bovendien hoe zij gewend zijn geraakt aan de hulpverlening, het gaan praten over ervaringen en het verminderen van angst. Het is niet gemakkelijk geweest om daar aan te wennen maar de meeste respondenten zijn er wel tevreden, sommige zelfs uitermate dankbaar over. Ik zal de begrippen hier samenvatten.

Onzekerheid

In vrijwel alle zeven verhalen komt de onzekerheid over het verblijf in Nederland naar voren. Soms is die onzekerheid gekoppeld aan ontevredenheid over de omstandigheden waarin men moet wachten op een vergunning of de beperkingen, die men als asielzoeker kent in het volgen van onderwijs of zoeken van werk. Er wordt ook gemeld dat de onzekerheid over het verblijf in Nederland, de angst om terug te moeten keren naar het land van herkomst, de problemen in stand houdt. Soms overschaduwden de problemen in het huidige bestaan de problemen die er waren als gevolg van gevangenschap en martelingen.

Angst en somberheid

De gevolgen van gevangenschap en martelingen worden in de meeste van de zeven verhalen beschreven als angsten, nachtmerries, slecht slapen en zich somber voelen. Soms in heel algemene termen, dat het niet goed ging, soms meer specifiek benoemd als depressieve klachten.

Lichamelijke klachten

De enige, die de gevolgen van seksueel geweld als lichamelijke klachten uitdrukt, is Cedric.

Extreme, lastige gevoelens of psychische klachten

In de verhalen van de andere zes asielzoekers worden extreme, lastige gevoelens genoemd. Dat wil echter niet zeggen dat zij deze gevoelens interpreteren als psychische klachten of een psychische stoornis. Dahan is het meest kritisch over de interpretatie van zijn klachten als psychische klachten omdat hij wil volhouden dat er ‘niets aan mij mankeert’. Dat is in de overige verhalen impliciet ook aanwezig. Als er al sprake is van psychische klachten, dan worden deze toegeschreven aan de ingrijpende gebeurtenissen die de respondenten hebben meegemaakt. Er is in geen van de verhalen sprake van het toeschrijven van extreme, lastige gevoelens of psychische klachten aan een psychische stoornis.

Hulpverlening

Een aantal asielzoekers beschrijft hoe zij gewend zijn geraakt aan processen in de hulpverlening, zoals praten over ervaringen, het delen van gevoelens met andere cliënten, al dan niet gebruiken van medicijnen en het verminderen van angst door er aan bloot gesteld te worden in plaats van de gedachten aan de aanleidingen voor die angst te vermijden. Na de nodige twijfels zijn de meeste asielzoekers tevreden over de gevolgen van de behandeling en de bejegening door de hulpverleners.

A2 Constructie van het beeld van asielzoekers

Net als aan de asielzoekers is ook aan de hulpverleners gevraagd naar de moeilijkheden van de asielzoekers voordat zij in behandeling kwamen en de problemen die in de behandeling centraal zijn gesteld. Tussen deze beide vragen bleken de hulpverleners weinig onderscheid te maken. De interviews werden voorbereid door de vragenlijsten over twee cliënten van de hulpverlener, die hij of zij van tevoren had ingeleverd, te analyseren. Op die manier kon de hulpverlener van tevoren zich voorbereiden op vragen in het interview, die hij of zij mogelijk uit het dossier moest halen. De interviews met de hulpverleners waren individueel en zijn ook individueel uitgeschreven. De analyse van de interviews heeft geleid tot een aantal centrale thema's in de constructie van het beeld van asielzoekers. Die thema's zijn bestaansonzekerheid, het ontbreken van veiligheid en vertrouwen, posttraumatische klachten en andere diagnoses.

Bestaansonzekerheid

Kenmerkend voor alle mensen, die in de dagbehandeling voor vluchtelingen komen, is dat zij nog in de asielprocedure zitten, op het moment dat de dagbehandeling start. De hulpverleners schrijven een aantal psychosociale problemen toe aan het leven in een AZC. De factoren die zij noemen zijn het leven in een besloten ruimte, weinig privacy en de last die mensen kunnen hebben van de problemen van medebewoners. Het tweede aspect in de bestaansonzekerheid is de asielprocedure. Bij veel cliënten blijkt de procedure veel langer dan gemiddeld te duren. De hulpverleners benadrukken dat de lange duur van de asielprocedure de kracht van mensen doet wegvloeien. De procedure wordt uitzichtloos en mensen kunnen geen nieuw leven opbouwen.

Maar de hulpverleners maken hierbij wel een belangrijke kanttekening. Ook als de procedure minder lang zou duren, denken zij dat deze asielzoekers problemen zouden hebben gekregen als gevolg van traumatische ervaringen. Soms houden zij hun cliënten ook voor dat het verkrijgen van een status niet betekent dat de klachten zullen verminderen.

“Ik maak hem duidelijk dat het verkrijgen van een status een belangrijk streven is, ook voor mij, maar na het krijgen van de status zal een deel van de problemen toch blijven bestaan. Ik vind het belangrijk dat toch van tevoren al te bespreken, niet om zijn geluk te beperken maar een realistisch beeld te schetsen van zijn toekomst.”

Het ontbreken van vertrouwen en veiligheid

In de behandeling van de asielzoekers in Vught staat het werken aan de 'kerngedachten' centraal. De kerngedachten zijn vertrouwen en veiligheid, die beschadigd zijn door de ervaringen van de asielzoekers in de landen van herkomst. Soms zijn die kerngedachten ook beschadigd door de ervaringen in Nederland. De hulpverleners leggen de meeste nadruk op de ervaringen in het verleden. De beschadigingen in de kerngedachten vertrouwen en veiligheid komen op verschillende manieren naar voren als de hulpverleners vertellen over de moeilijkheden van hun cliënten. Het kan betekenen dat cliënten in de intake zich niet veilig genoeg voelen om te vertellen over hun ervaringen.

"Het was bij Erdogan in de intake niet mogelijk om te praten over de inhoud van zijn ervaringen. Hij had iets ergs meegemaakt. Uiteindelijk lukte het wel maar het bleef oppervlakkig. Het was wel voldoende aanleiding om hem hier in behandeling te nemen maar dat is nu nog een probleem (dat hij oppervlakkig over zijn ingrijpende ervaringen praat)."

Over de meeste cliënten vertellen de hulpverleners dat het niet moeilijk was om achter hun problemen te komen. Sommigen hadden al een behandelaar bij de ambulante afdeling van de GGZ Den Bosch maar anderen vertelden in de intake over hun problemen.

"Bij Brahim was het niet moeilijk om achter zijn klachten te komen. Deze man was daar open over, hij was echt een open boek. Hij kwam en vertelde vrijwel meteen dus dat is een van de mensen die je moet afremmen in het begin om niet over eigen grenzen heen te gaan. Die wou gewoon alles kwijt. Dus moesten we gewoon nog even doseren, jongen, eerst algemener en dan stapsgewijs naar de kern toe, hè."

In de interviews over cliënten blijkt hoe belangrijk deze kerngedachten zijn, voor het analyseren en behandelen van de problemen van asielzoekers. Deze ideeën over traumaverwerking komen ook terug in de opbouw van het programma op de dagbehandeling. De hulpverleners werken eerst aan het opbouwen van vertrouwen, bieden een veilige omgeving aan de cliënten om over hun problemen te kunnen praten. Herstel, integreren van traumatische ervaringen, volgt later in het programma. Dan is er ook aandacht voor resocialisatie, voor het vinden en bestendigen van sociale contacten en voor het zoeken naar zinvolle dagbestedingen. Zoals gezegd is het herstel van de kerngedachten vertrouwen en veiligheid uitgangspunt van de behandeling van asielzoekers in Vught. Dat is het gevolg van posttraumatische klachten, waarop de asielzoekers zijn geselecteerd.

Posttraumatische klachten

Bij alle cliënten is volgens de hulpverleners sprake van posttraumatische klachten. De Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) wordt gezien als een complex van factoren.

Over Ahmin zegt de hulpverlener:

“Hij had, als ik het me goed herinner, het hele spectrum van DSM 4⁴ klachten. Hij had dus nachtmerries en herbelevingen, flashbacks en klachten behorend bij de vermijdingen en ook een verhoogd arousal, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, slaapstoornissen, schrikachtigheid. Ook als we naar het hele concept van complexiteit in zekerheid kijken, dan zien we ook beschadigde kerngedachten bij Ahmin, dus als het gaat om veiligheid en vertrouwen.”

Ook over de andere cliënten worden klachten genoemd, die horen bij de PTSS.

“Brahim had een zuivere DSM PTSS en natuurlijk ook al die problemen van aanpassing aan het leven hier, ontworteling, uitzichtloosheid van de procedure. Hij zei duidelijk: “Ik kom hier gewoon omdat ik nou van mijn nachtmerries af wil.” Hij wilde van zijn herbelevingen af.”

Over Cedric vertelt de hulpverleenster het volgende:

“De gevangenschap is zeer traumatisch geweest. Hij heeft mensen vermoord zien worden, die hij moest begraven. Hij is gemarteld en verkracht. Verkracht op een heel absurde manier, waar je nu ook dingen van ziet. Hij praat nooit over zijn vrouw en kinderen, dat hij die mist, maar ik vind wel dat hij gemakkelijk –zelfs tegen mij als vrouw- vertelt over dat hij verkracht is en hoe hij verkracht is.”

Het gemak waarmee Cedric daarover praat, roept bij de hulpverleenster de vraag op of er sprake zou zijn van een afsplitsen van zijn gevoelsleven, een vorm van depersonalisatie of dat er sprake zou zijn van het niet kunnen aangaan van werkelijk intieme relaties. Hier zien we dat twee verklarende modellen met elkaar wedijveren. Is er sprake van een ontwikkelingsstoornis, die heeft geleid tot problemen in het contact maken of zijn de contactmoeilijkheden een gevolg van traumatisering? De PTSS klachten bij Cedric zijn slaap- en concentratiestoornissen, nachtmerries en herbelevingen.

Soms wordt genoemd dat men in beschrijving van de PTSS klachten te weinig rekening kan houden met de complexiteit van de ervaringen.

“De criteria voor een PTSS houden geen rekening met de complexiteit van de beschadigingen, vooral met die beschadigde kerngedachten en overtuigingen terwijl wij in de therapie ontzettend veel met die beschadigingen bezig zijn.”

Soms is de focus op traumatische ervaringen voor cliënten zelf ook moeilijk.

“Dat was nogal de strijd waar wij de behandeling meer focussen op meegemaakte traumatiseringen en Ahmin liet zien veel meer behoefte te hebben aan holding, aan onze aanwezigheid, sturing. Dat appèl op een ouder-figuur was voor hem sterker dan het appèl op een arts, die hem van zijn nachtmerries af zou moeten kunnen helpen.”

⁴ DSM is de afkorting voor de Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.

Er is bij de hulpverleners weinig twijfel over de verklaring voor de problemen van hun cliënten. Bij vijf van de zeven zijn zij ervan overtuigd dat zij de huidige (PTSS) klachten kunnen toeschrijven aan de traumatische ervaringen in het verleden.

Over Cedric twijfelt de hulpverlener omdat het

“moeilijk vast te stellen is of het moeilijk contact leggen te maken heeft met iets in hem of met de ervaringen. Hij heeft iets afhankelijk, het alleen leven is moeilijk voor hem, hij heeft steun nodig.”

De tweede cliënt waar twijfels over zijn is Erdohan.

“De bestaanonzekerheid overschaduwde alle processen. Er is een sterke twijfel in hoeverre de traumatische ervaringen spelen, omdat er geen helder beeld van te krijgen is. Op dit moment geeft de PTSS wel een legitieme verklaring maar deze man kon vroeger alles regelen, stond in aanzien en kan nu niets meer regelen, kan voor niemand iets betekenen.”

Op de vraag in hoeverre de DSM een geschikte beschrijving geeft van de problemen van hun cliënten, antwoordden alle hulpverleners dat zij de beschrijvingen goed toepasbaar vinden. Als het gaat over de PTSS symptomen

“zien we ongeveer dezelfde dingen. Die zie ik ook in verschillende culturen, in principe vind je die symptomen universeel.”

Naast de PTSS worden bij alle zeven cliënten depressieve klachten genoemd, soms nog nader gespecificeerd als depressie in engere zin, dysthyme stoornis en soms aangevuld met stemmingswisselingen en impulsiviteit. Verder worden existentiële problemen en rouw genoemd. In de huidige situatie kan het ontbreken van sociale steun van belang zijn en de gevolgen van de traumatische ervaringen voor de partner-relatie en de opvoeding van kinderen.

A3 Theoretische modellen en therapeutische praktijk

De hulpverleners hebben de asielzoekers geselecteerd op PTSS, zonder contra-indicaties. Dat past bij het opnamebeleid van deze afdeling. Die contra-indicaties hadden borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis kunnen zijn. Ook mensen die dader zijn geweest en slachtoffer geworden, komen niet in aanmerking voor de groepsbehandeling.

Er zijn praktische afwegingen bij de aanmelding en soms wordt er geworven voor bepaalde groepen.

“Hebben we een tekort aan cliënten en die groepen hebben een tijdslimiet van een jaar en na een jaar eindigt het programma. Als we dan onvoldoende mensen hebben, bijv. van een bepaalde nationaliteit of dezelfde taalgroep, dan is het ook mogelijk dat we dus mensen rechtstreeks vragen”.

Dat kan via de Medische Opvang van het AZC.

“Het is een beetje pathologie aan de ene kant en de marktvraag aan de andere kant”

In de behandeling staat het herstel van beschadigde kerngedachten centraal. De ervaring van hulpverleners is dat

“kerngedachten het meest verbeteren, vervolgens wordt het vermijdingsgedrag minder en bij sommige mensen blijven herbelevingen aanhouden.”

De behandelingen van Erdohan en Fawad worden niet positief beoordeeld. Erdohan heeft zich afgezet tegen de behandeling en deze gesaboteerd. Hij deed niet mee aan groepsopdrachten en zat soms erg lang onderuit. Zijn positie binnen de groep was dan ook een probleem. De therapeut vond het niet gemakkelijk om contact met Erdohan te krijgen. Fawad is volgens de hulpverleners te veel blijven hangen in een slachtofferrol en hij probeert anderen verantwoordelijk te maken voor wat hem is overkomen. Hij projecteert op de hulpverleners. Fawad is volgens de hulpverleners wel meer weerbaar geworden.

Samenvatting

In de interviews met de hulpverleners over hun cliënten komt een aantal begrippen naar voren, waarmee zij hun cliënten, theoretische modellen en de therapeutische praktijk beschrijven. Aangezien een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) een selectie criterium is voor opname, is het niet verwonderlijk dat de begrippen passen in een trauma-vertoog. Het blijkt niet moeilijk, voor de hulpverleners, om de klachten, die per cliënt wel enigszins verschillend worden beschreven, te interpreteren als PTSS. Naast PTSS klachten worden ook andere klachten gezien, die meer te maken hebben met depressiviteit, rouw en existentiële problemen.

De bestaansonzekerheid en de lange duur van de procedure, waardoor mensen langer in de opvang leven, overschaduwen soms de kern van de traumatische klachten.

In de therapeutische praktijk staat het herstel van de beschadigde kerngedachten centraal en bij de meeste cliënten verloopt dat proces succesvol. Als een cliënt zich niet voldoende inzet en in een slachtofferrol blijft hangen, wordt dat als voornaamste reden voor niet-succesvolle behandelingen gezien.

B Pharos, ambulante zorg van vluchtelingen

De tweede locatie waar dit onderzoek is uitgevoerd is de afdeling van Pharos, waar hulpverleners direct contact hebben met asielzoekers en vluchtelingen. Bij Pharos komen meer vluchtelingen dan asielzoekers maar voor dit onderzoek is gekozen voor asielzoekers om een vergelijking met Vught te kunnen maken. Met de asielzoekers, die zijn benaderd voor dit onderzoek, hadden de hulpverleners al enige gesprekken gehad maar zij zijn nog aan het inventariseren waaruit de moeilijkheden en problemen bestaan. De cliënten stemden toe in het opnemen van de directe interacties. Dat heeft geleid tot opnames van twee gesprekken met mevr. Parsival en de opname van één gesprek met dhr. Savira.

Ook bij Pharos is de onderzoeksvraag hoe het vertoog over de behandeling van asielzoekers tot uiting komt in de constructie van een beeld over asielzoekers en hoe de theoretische modellen en therapeutische praktijk vorm krijgen. Het vertoog wordt beschreven op basis van delen uit de gesprekken van de cliënt en de hulpverlener.

De hulpverlener wordt aangeduid met T (therapeut), de cliënten met P, respectievelijk S (mevr. Parsival en dhr. Savira).

De asielprocedure, onzekerheid en wachten

De therapeute vraagt hoe het met mevr. Parsival is gegaan, na het vorige gesprek.

P: Niet goed

T: Is er iets speciaals gebeurd?

P: (aarzelt) Niets nieuws voor anderen maar ik, deze situatie, dezelfde pijn, herinneringen, angst en herinneringen aan vroeger nu komt naar boven. Bijvoorbeeld contact, lezen krant, ik ben eerder boos en misschien deze niet mooi. Ik weet, ik ben zelf, ik weet. Maar toen ik hoorde Georgische taal op de taalles en vroeger, men zei jouw bezoek moet weg. Nu ook. Boos, bang dat ik een keer iemand, ik weet niet, ik soms zo boos. Ik moet het niet doen, m'n hoofd werkt niet.

T: Wat bedoelt u met uw situatie?

P: Mijn situatie: nog wachten, niet weten, mijn kamer, niet vrij, in gevangenis, in doosje zitten

T: Wachten: u bedoelt de asielprocedure?

P: Ja

De therapeute vraagt naar de procedure en of mevr. Parsival nog contact heeft gehad met de advocate. De procedure loopt al vijf jaar.

Pijn

Pijn is een terugkerend onderwerp in de gesprekken met mevr. Parsival.

P: Meer slecht gezond. Vroeger was ik sterker, nu het hele lichaam doet pijn

T: Waar doet het het meeste pijn?

P: (aarzelt) overal, bang, naar de dokter geweest. Onderzoeken in ziekenhuis niks: alles pijn, nek, blaas, stemmen, niet slapen, ik heb alles.

T: dokter zegt spanning

P: Ja.

Pijn kan allerlei verschillende vormen aannemen. De betekenis van pijn werd door Marianne Freyne-Lindhagen (1997) als voorlopig kernconcept in haar kwalitatief onderzoek onder migrantenvrouwen in Zweden gekozen. Pijn heeft in haar ogen niet alleen een biologische of medische betekenis maar 'pijn' leent zich voor een holistische benadering, waarin allerlei dimensies onderscheiden kunnen worden. Freyne-Lindhagen noemt onder meer het sociale aspect van pijn als gevolg van het gemis aan sociale contacten, het existentiële aspect van pijn als ontbreken van betekenis en het politieke aspect van pijn als het niet meer deelnemen aan maatschappelijke, locale, nationale en eventueel zelfs globale processen.

Angst en controle over klachten

De therapeute had de vorige keer een opdracht gegeven aan mevr. Parsival om op te schrijven hoe laat zij naar bed ging, hoe laat ze in slaap viel en hoe lang zij dan slaapt. Deze opdracht had te maken met het slecht slapen. Mevr. Parsival heeft de opdracht niet uitgevoerd maar als ze de afgelopen nacht bespreken, komen ze op herinneringen van mevr. Parsival, pijn, angst en stemmen.

P: Angst voor grote gebouwen, wind, water, de snelweg. Vechten met angst gaat niet goed. Ik wil niet maar ga wel (naar zwemles, waarvan zij denkt dat het haar kan helpen om haar angst te overwinnen). Ik voel me stom in deze wereld. Ik ben moe, misschien probeer ik het te hard. Vroeger naar school, problemen met concentratie, lezen, ik kan niet lezen en me concentreren. Ik moet bezig zijn, probeer de krant te lezen.

T vraagt naar de stemmen

P: Stemmen die ik vroeger heb gehoord, soms ook geluid, soms praat ik met de stemmen. Soms niet hoofdpijn maar alsof iemand op een bepaalde plek drukt.

T: Stemmen van mensen die u kent?

P: Ja van vroeger, soms m'n eigen stem

T: Echt of in uw hoofd?

P: Ja en soms voel ik dat er iemand in m'n kamer is maar ik heb de deur gecontroleerd en ik weet het maar ik moet het opnieuw controleren.

T vraagt sinds wanneer dit is, P zegt: "al lang, anderhalf jaar of zo."

P: En ook nog niet zo lang op straat tas gaan zoeken en mensen kijken raar naar mij. Soms denk ik dat ik er vreselijk uitzie en in de tram probeer ik niet naar andere mensen te kijken. Omdat ik hoop dat zij dan ook niet naar mij kijken. Ik doe raar, niet altijd.

Dan vat de therapeute samen wat mevr. Parsival heeft verteld en geeft zij haar visie op de klachten.

T: U heeft veel dingen genoemd waar u klachten mee heeft. U bent moe, u slaapt slecht, u heeft het druk in uw hoofd, hè, en wat goed is dat u probeert om er wel zelf iets aan te doen bijv. door de zwemles te nemen of iets te willen lezen of iets te doen om toch een beetje te proberen wat afleiding te krijgen. Maar goed, ik kan me voorstellen dat ja u heeft veel meegemaakt, u bent naar Nederland gekomen en ja, wat u de vorige keer ook al zei, u heeft

hier nog eigenlijk geen eigen plek, hè. U bent nog steeds aan het afwachten, hè, wat natuurlijk ook heel moeilijk is.
P: Erg moeilijk. Ik was drie jaar zonder dokter. Het is vreselijk wat ik hier meegemaakt heb.

Mevr. Parsival gaat niet in op de samenvatting van de therapeute maar snijdt eigenlijk een nieuw onderwerp aan: het ontbreken van een huisarts. Na dit gesprek heb ik de therapeute gevraagd naar een toelichting op hoe zij de cliënte ziet. Zij ziet dat mevr. Parsival angstig is.

T: Het is een soort angst in haar en zij verbindt het zelf toch ook met vroeger. Dat was in een vorig gesprek ook al gebleken. En het wordt levendig gehouden door de situatie waarin zij nu is, dat geloof ik wel.

Onderzoeker: Waar in dit gesprek, baseer je op dat ze bang is?

T: Nou ik haal het uit de dingen die ze vertelt, dus dat ze niet naar mensen durft te kijken, het gevoel dat er iemand is of dat ze iets hoort. Daar concludeer ik uit dat ze angstig is.

Uitputting en nervositeit

In het tweede gesprek worden eerst de problemen met de hospita, bij wie mevr. Parsival woont, besproken en het contact met haar dochter en kleinkinderen. De therapeute zegt dat mevr. Parsival de vorige keer heeft verteld dat haar klachten ongeveer anderhalf jaar geleden zijn begonnen.

P: Misschien vroeger. In principe begonnen de klachten meer vroeger, toen ik geen dokter had. Ik kon het niemand vragen, ik kon het niemand zeggen. Maar misschien was ik sterker, lichamelijk en alles. Ik probeerde te vechten. Nu kan ik het niet. Nu zo... moeilijke situatie, dat ik gevoel (gaat fluisteren) ik absoluut verander, ik kan niet meer, alles pijn.

Mevr. Parsival vertelt over de problemen met de vrouw, bij wie zij in huis woont. Deze mevrouw wil vaak met haar praten, er zijn allerlei regels over koken, tv kijken en gasverbruik. Mevr. Parsival voelt zich er niet vrij.

T: Begrijp ik het nu goed dat u zegt dat uw belangrijkste probleem op dit moment is de manier waarop u woont?

P: Ja, woont, en natuurlijk ook mijn verblijfsvergunning. Als ik mijzelf een beetje mens kan voelen, niet zo miserabel zoals nu. Veel meer nervositeit door alles, door deze vrouw en door de anderen, altijd. In het begin lukt, een beetje beter paar weken daarna opnieuw beginnen niet slapen omdat de herinneringen, denken opnieuw alles beginnen, geen eind en ik kan niets meer doen. Ik gevoel erg, ik geweest naar ziekenhuis, dokter zegt jij hebt door de nervositeit veel ziekte gekregen. Alles komt door de nervositeit.

Angst en naïviteit

Dhr. Salvira heeft een gesprek met de hulpverlener bij Pharos. Hij vertelt dat hij bang is voor mensen, dat hij geen vertrouwen heeft in andere mensen.

S: Oppervlakkig contact is makkelijker dan dieper contact

T: Weet je waar je bang voor bent?

S: Eigenlijk niet

T: Wat kunnen andere mensen doen of kunnen andere mensen vragen stellen, die je moeilijk vindt? Of...

S: Vragen stellen is niet moeilijk maar ik ben bang om met iemand diep contact te hebben. De reden: angst zit van binnen en als iemand begrijpt dat ik zo bang ben, misschien word ik misbruikt of ja

T: Maakt iemand gebruik van jou?

S: Ja, of minderwaarde bijv.

T: Dat zou betekenen dat je steeds op je hoede zou moeten zijn, zo zeggen we dat in Nederland, je moet steeds voorzichtig zijn in het contact met anderen.

S: En ook andere reden. Ik voel me zelf heel naïef en als iemand anders weet dat ik naïef ben, maakt hij misbruik. Angst en naïviteit, twee redenen.

T en S praten over de naïviteit en over de contacten van Salvira met andere mensen op school en in de buurthuizen, waar hij werkt, als vrijwilliger.

S: Ik denk: waarom moet ik zo denken?

T: Misschien met je verstand kun je niet verklaren waarom je, ik denk, wat ik van jou weet is dat bang zijn voor anderen of voor je omgeving, vroeger voor volwassen mensen, ja, dat was nodig omdat je slechte ervaringen hebt dat mensen misbruik van je gemaakt hebben. Wij zeggen in Nederland dat wordt een soort gewoonte om je zo, je maakt al een verdediging al is het niet nodig. Andere mensen kunnen niet aan jou zien dat je zo voorzichtig bent, of zo op je hoede of bang bent dat andere mensen te dichtbij komen, teveel vragen, ontdekken dat jij bang bent. Heeft ooit iemand zeg maar in de klas of in het buurthuis of toen in H., toen je daar woonde, ontdekt dat je eigenlijk heel erg bang bent?

S: Nee, ik voelde dat sommige van die mensen na een tijdje ook afstandelijk werden omdat ik niet met hen dieper contact kon nemen. En na een tijdje werden ze moe van het gedrag, ze werden zelf afstandelijk. Tweede reden is dat als ik met iemand praat, eigenlijk mijn gedachte is ergens anders. Bijv. ik praat met iemand en lach gewoon omdat ik in gedachte ergens anders ben. Voorbeeld. Eergisteren zat ik in de klas en ineens zeiden ze: je lacht ons uit en ik zei nee, ik lach om iets anders.

Kracht

De therapeut zegt dat hij het vandaag over de kracht van dhr. Salvira wil hebben.

T: Je hebt veel meer kracht in je dan je zelf weet. Je gaat naar nieuwe situaties met angst en als je tussen andere mensen bent, mis je het contact. Als mensen te dichtbij komen ben je bang dat ze je misbruiken, dat is een oude situatie, denk ik. Die nog, als die naar boven komt, een herinnering of als iemand dat opnieuw zou doen, dan komt de oude pijn terug. Dus, en dat wil je niet, wees maar zo voorzichtig mogelijk. Maar de prijs, wij zeggen, de prijs die je ervoor moet betalen is dat het contact oppervlakkig is en op een gegeven moment snappen mensen dat niet. Andere mensen begrijpen niet waarom je zo voorzichtig bent en niet bij hen komt zitten of zo...Dus ik denk dat het belangrijk is om wat terug te komen op jouw eigen kracht. Ik wil alleen nog even vragen of de situatie bijv. met jouw vriendin of diezelfde dingen gebeuren als met andere mensen of is de situatie met jouw vriendin anders. Mag zij wel een beetje dichterbij komen?

S: Ja, mijn vriendin is een beetje anders. Op de eerste plaats is zij zelf maatschappelijk werker, zij weet hoe zij er mee om moet gaan en op de tweede plaats denk ik, heeft zij een positieve instelling. Ik heb geen moeite met diep contact met haar. Maar ik denk dat mijn overtuiging is dat ik automatisch mijn vertrouwen is kwijt. Dat is eigenlijk mijn, ik accepteer het, en ineens is het weg.

T: je zelfvertrouwen

S: en dan kan ik niemand vertrouwen.

T vraagt of Salvira afstand kan nemen en zichzelf weer terug kan vinden.

Kan Salvira iets doen waardoor hij weer rustiger wordt?

S: Ik word heel erg boos en ik verwacht veel van de mensen. Ik verwacht dat ze alles nu moeten doen. Zoals ik zelf om iemand anders te helpen ook alles zou doen en ik verwacht van iedereen dat zij dat voor mij ook zo doen. Maar dat gebeurt heel weinig. Daarom word ik automatisch boos, waarom komen ze niet, waarom begrijpen ze mij niet. Dat is niet logisch maar dat gebeurt, onbewust.

Controle over symptomen

In één van de gesprekken van de therapeute en mevr. Parsival en in het interview met de therapeute, achteraf, komt naar voren dat de therapeute een werkrelatie met de cliënte probeert te krijgen. De cliënte moet bereid zijn naar zichzelf te kijken en oefeningen te doen, die concreter maken welke gedragingen en gevoelens haar storen. Uiteindelijk is het de bedoeling de cliënte meer zelfvertrouwen te geven door haar te laten ervaren dat zij (weer) controle heeft over haar gedragingen en haar klachten.

Nadat mevr. Parsival over een aantal problemen heeft gesproken, vraagt de therapeute of mevr. Parsival aan die problemen zou willen werken.

T: Ja, nou ja, ik wil samen met u kijken wat dan een goede manier zou zijn. Wat ik wel doe met mensen die klachten hebben zoals u dat we toch kijken: u zit in een moeilijke situatie nu, hè, u heeft geen eigen plek en geen zekerheid en u heeft heel veel klachten. Dat we toch kijken hoe zou je nu, in deze situatie, toch een beetje,

P: mm, p

T: Sorry?

P: Pijn

T: Hoe zou je nou bijv. met bepaalde klachten kunnen leven zodat je je er niet slechter door gaat voelen?

P: Ik blij als jullie mij kunnen helpen, echt waar.

De therapeute geeft vervolgens een uitleg aan de cliënte over het nut van oefeningen, die uiteindelijk zullen leiden tot meer controle over bepaalde reacties of gedragingen, waaronder het niet goed kunnen slapen, dat als voorbeeld wordt gebruikt. De cliënte wordt gemotiveerd om te beginnen met het registreren van haar slaappatroon. De cliënte accepteert die uitleg, zegt dat ze het zal gaan doen maar veel meer dan "Oké" zeggen doet mevr. Parsival niet. De onderzoeker vraagt na afloop van het gesprek over deze episode aan de therapeute, wat zij nou precies voor ogen had met de uitleg en het bespreken van het slaappatroon.

T: Ik wilde het concreter maken en ook als een voorbeeld voor de registratie. Concreter in plaats van algemene klachten naar voren brengen op een wat alarmerende manier maar toch ook vaag. Ik wil weten waar de angsten door komen, waarom ze stemmen hoort.

Onderzoeker: Concrete klachten horen?

T: Wat er precies gebeurt en hoe je het kunt beïnvloeden. Kijken of ze zelf ook iets wil doen.

S: Stel mevr. Parsival komt met een overzicht van een week, wat zou je dan doen?

T: Waardering geven en een stapje verder gaan. Als ze wakker wordt 's nachts, waar komt dat door, of ze last heeft van dromen. Als ze niet kan slapen waar ze dan over piekert. Concreter maken en daarover praten en ordenen, ook dat gepieker. Maar het hangt af van waarmee ze komt. Kijken naar bepaalde oefeningen, die ze zou kunnen doen als ze naar bed gaat of voordat ze naar bed gaat, zoiets. Je gaat er iets omheen doen, als je beet hebt, zeg maar, dan kun je daar iets mee doen. Dat zou tot gevolg hebben dat ze een beetje controle krijgt over het slaapgedrag, bij wijze van spreken.

B1 Het vertoog over asielzoekers

In het vertoog van de therapeuten over asielzoekers is een paradigma te ontdekken. Dat paradigma is het stress-coping model. De hulpverleners richten zich voornamelijk op het heden, het huidige functioneren van de cliënten. Daarbij hebben zij wel oog voor de gevolgen van eerdere ervaringen, de achtergrond van sommige angsten maar zij verbinden die met de huidige klachten. De klachten hebben te maken met pijn, onzekerheid over het verblijf in Nederland en de ongunstige omstandigheden waarin mensen moeten (over)leven, uitputting en nervositeit. Die ervaringen en omstandigheden hebben stress tot gevolg. De cliënten voelen zich angstig, hebben het gevoel dat ze niet in staat zijn hun problemen zelf de baas te worden. De hulpverleners richten zich eerst op stabilisatie. Dat is te zien in de onderdelen die gaan over het onder controle krijgen van symptomen, zoals het niet kunnen slapen. Vervolgens zoeken zij met de cliënt naar de kracht en de vaardigheden om de huidige klachten te verminderen.

In het stress-coping model is de inschatting van de situatie en van het vermogen iets aan de problemen in die situatie te doen van belang en het inschatten en gebruik maken van steun.

De stresserende ervaring wordt door de cliënt in eerste instantie als overweldigend gevoeld. Hij of zij voelt zich niet in staat iets aan die stress te doen. Die overtuiging wordt door de hulpverlener uitgedaagd door te kijken of de cliënt in zijn of haar waarneming en interpretatie zichzelf 'te klein' heeft gemaakt. Als de stresserende ervaring niet minder bedreigend kan worden gemaakt door de waarneming aan te passen, kijkt de therapeut met de cliënt wat hij of zij nodig zou hebben om daar wel iets aan te veranderen. Welke steun zou er gegenereerd kunnen worden? Waar zijn de hulpbronnen?

Blijkt na een herinterpretatie van eigen vermogen en vaardigheden om de stress te verminderen en na een heroverweging van steun en hulpbronnen, dat

de stress niet te veranderen is, dan zal de therapeut zich richten op hoe de cliënt de huidige situatie met haar problemen kan accepteren. 'Change the possible, accept the impossible' (Walsh, 2003).

In het stress-coping model kunnen traumatische ervaringen gemakkelijk opgenomen worden. Anders dan bij het traumamodel, wordt er echter niet bij voorbaat vanuit gegaan dat een traumatiserende ervaring de basis van de klachten is. Een tweede verschil is dat in de therapeutische praktijk de ingrijpende ervaringen niet centraal hoeven te staan. Sommige therapeuten zijn er zelfs van overtuigd dat er over praten niet nodig is om naar de gevolgen van de ervaringen te kijken (Bala en van Essen, 2007). De focus van de therapeut, die met het stress-coping model werkt, is meer gericht op het heden en de omgeving waarin cliënten zich bevinden dan op het verleden. Integratie van eerdere ervaringen is wel belangrijk als blijkt dat deze nog steeds stress oproepen.

C Het Trauma Centre in Kaapstad

De derde locatie, waar dit onderzoek is uitgevoerd is het Trauma Centre for Victims of Torture and Violence in Kaapstad. Dit centrum staat open voor mensen met zeer verschillende geweldservaringen. Een deel van de cliënten is gevlucht, de meeste van hen komen uit andere Afrikaanse landen. Zij krijgen geen vluchtelingenstatus maar kunnen wel aan een tijdelijke pas komen, waarmee zij kunnen werken en in hun eigen onderhoud proberen te voorzien. De opvang van vluchtelingen gebeurt grotendeels op vrijwillige basis. Ten tijde van het onderzoek was de reactie op vluchtelingen in de Zuid-Afrikaanse samenleving al op z'n minst onvriendelijk. In de krant verscheen een artikel over een vluchteling, die door medepassagiers uit een rijdende trein werd gegooid omdat hij een vreemdeling was. Later zijn er nog meer geweldsincidenten geweest, waarbij vluchtelingen letterlijk het land uit of de dood in gejaagd werden. We zullen zien dat de fysieke onveiligheid ook invloed heeft op hoe de therapeuten de vluchtelingen kunnen benaderen.

Het Trauma Centre for Victims of Torture and Violence is gevestigd in een gebouw met een bijzondere betekenis. Het is een voormalige kapel, waar de vrouwen van politieke gevangenen die op Robbeneiland werden vast gehouden, de nacht doorbrachten voordat zij bij hun mannen op bezoek konden gaan. Twee therapeuten hebben verteld over een aantal van hun cliënten en de manier waarop zij met hen proberen te werken. Hun vertoog over vluchtelingen zal ik hier beschrijven.

C1 Constructie van het beeld over asielzoekers

Gebrek aan steun

Het dochttertje van een vrouw, die als vluchteling in Zuid Afrika leeft en regelmatig psychotische episodes heeft, leeft in een pleeggezin. Daar doet zij geregeld erg moeilijk en de therapeute verklaart dat door te wijzen op het gebrek aan steun voor haar biologische moeder. Als zij op bezoek is geweest en het meisje haar moeder gezien heeft, is zij daarna in het pleeggezin moeilijk.

Afhankelijkheid

In een vluchtelingengezin zijn er veel medische klachten en problemen met de voeding in het opvangcentrum. De therapeute denkt dat deze problemen te maken hebben met het thema afhankelijkheid. Dit gezin had een gevoel van totale hulpeloosheid, zij vochten voor hun (over)leven, werden steeds bozer op andere mensen en overheidsstructuren en hun energie raakte op.

Complexe problemen

George heeft last van de gevolgen van problemen in Kenia, waar hij vervolgd werd. Nu maakt hij zich zorgen over de mogelijke hereniging met zijn vrouw en kind, de situatie in de nachtopvang, die hij deelt met voormalig criminelen en met het zoeken van werk.

Pijnlijke geweldservaringen

De geweldservaringen in het gezin Nkomo uit Rwanda zijn zo pijnlijk dat niemand erover wil praten. De moeder is depressief geworden en kan zich hier niet meer richten op de zorg voor zichzelf en haar kinderen.

Mensenrechten

De hulpverlener stelt dat de schending van mensenrechten bij al zijn cliënten een centrale rol heeft. Dat neemt vaak de vorm aan van martelingen. Deze martelingen kunnen in het verleden hebben plaats gevonden, ten tijde van het Apartheidsregime of actueel in andere Afrikaanse landen.

“The result of torture is that people are silenced. They are isolated from their community, from others. They are expelled from the community of people who have a voice. They are silenced and they prefer not to speak themselves as well because they want to forget. They don’t want to think about what has happened”

De gemeenschap lijdt onder systematisch geweld,

“The lack of people who can help you, the lack of basic needs, decent housing, schools. That are all ways to silence people and deprive them of an emotional vocabulary.”

C2 Theoretische modellen

Centrale begrippen in de hulpverleningsprocessen, die de therapeuten beschrijven zijn het creëren van ‘a thinking space’, ‘engagement’, ‘advocacy’ en ‘creating a narrative’. Er zijn ook concepten die voortkomen uit social work, community psychology, psychologie en psychanalyse.

Conventional therapeutic work

Bij het beschrijven van de manier waarop de therapeute met George kan werken, zegt zij zelf dat zij met hem ‘traditioneel’ kan werken.

"This man, I would say, I mean it was successful a lot because he used me more as a support and I would say I was able to work with him more in a kind of conventional therapeutic way. Sitting one to one and just really looking at things, making interpretations, those kind of things.

Op de vraag van de onderzoeker, of zij hier een psychologische benadering bedoelt, zegt de therapeute:

"Yes. I was quite able to work with him quite normal. And I would say it had a lot to do with his own educational structure, his own understanding of the therapeutic proces and also with what he was looking for. He was looking for support, he was looking for that kind of interaction and wanting to work, using someone to assist him in working out things that he was already thinking about."

A thinking space

Vaak hebben de therapeuten in Kaapstad te maken met cliënten, die geen hulp komen vragen en een gemarginaliseerd bestaan leiden. De hulpverleners gaan deze cliënten opzoeken in de opvangcentra waar zij wonen, in de kraakpanden waar ze rondhangen of in andere centra zoals buurthuizen. De hulpverleners proberen contact met de cliënten te krijgen. Daarin komen de begrippen 'thinking space', 'engagement' en 'advocacy' voor.

De therapeuten zeggen dat zij over hun grenzen heen moeten stappen om een open ruimte te maken, waarin zij hun cliënten ontmoeten en proberen een uitwisseling op betekenis-niveau te krijgen.

"It takes time for people to build up a mental space in their head, which acts as a buffer against trauma. They can't hold that space in their heads between one and the next session. That's what you see in crisiswork. You may see someone three times over two days until the acces of stimuli can be removed and the person can start to restore some thinking space."

Door de plekken op te zoeken waar de vluchtelingen leven en pogingen te doen hen te bereiken, laten de hulpverleners 'engagement' zien. Zij stellen vragen, bieden praktische ondersteuning aan en zijn aanwezig.

"It's the use of basic community work skills, social work skills and first of all –I think that is very important- to think about things like therapeutic frames and stuff. We need to first think about therapeutic frames with other organisations, with key individuals, stabilising partnership. Networking. Go ask the clients themselves and ask them what should be done."

Een gevolg van de betrokkenheid kan 'advocacy' zijn, het zoeken van (politieke) aandacht voor de problemen van vluchtelingen in Zuid Afrika. Dat kan op een collectief niveau en op een individueel niveau. Dan zoekt de hulpverlener naar oplossingen voor zijn of haar cliënt bij het krijgen van afspraken met artsen of advocaten. Ook besteden de hulpverleners aandacht aan het zoeken naar huisvesting en soms zorgen zij zelfs voor een maaltijd.

“There is political thinking obviously. One has to, in this context. You can’t analyze them without understanding political forces. Because they are part of the context. I try to understand the way the social forces are inging on people’s lives, creating psychological forces, by which they try to interpret and decipher what is happening to themselves. It’s all very well to talk about their situation but you should see capitalistic, globalisation tendencies”.

Creating a narrative

Beide therapeuten benadrukken dat het voor cliënten van belang is een betekenis te geven aan hun leven. Pijnlijke ervaringen krijgen daarin een plaats, bepaalde gevolgen worden duidelijk en kunnen begrepen worden door het verhaal van de cliënt te volgen.

De therapeut vertelt over het werk met een groep vluchtelingen, zestig mannen uit Tanzania, die in een gekraakte supermarkt leven.

“So I suppose it’s trying to create the wonderful word: an emotionally vocabulary, which is the symbolic, starting to create a history, maybe literally, starting to write, pick up a pen and write the history. So they start to create a history. Construct a narrative. Sitting with someone means that you have to make contact with someone or something. So there starts a conversation. It’s not about anything, it’s about establishing contact. A conversation is a way of contacting, a way of creating a narrative.”

Het verhaal kan voor de cliënt zelf ook heel erg belangrijk zijn. Er aan sleutelen kan dan als zeer bedreigend over komen, vooral als er geen alternatieve coping strategieën worden aangeboden of gezien worden. In het geval van de familie Nkomo, het gezin uit Rwanda met veel pijnlijke geweldservaringen, was het praten over die ervaringen eerder de behoefte van de hulpverlener dan van het gezin.

“It was too painful and maybe there was something different, I’m not sure but I do feel that it came up the wrong time and I think maybe even in the session it was fine for them to narrate it, to tell it as a story but once I started you know, kind of poking and wanting them to deal with the feelings of it. That was not what they wanted. I was now breaking down their major defence (...) and I wasn’t offering them alternatives. And maybe it was also a reflection of my needs. They said it was too painful and I realized it was too painful and so, what I say, my need was to relief that, to help them relief their pain. And that was not what they were wanting.”

Na die sessie lukte het niet meer om contact te krijgen met het gezin en de therapeute ziet dat als gevolg van de slechte aansluiting op de behoeften van dit gezin. Later, toen er problemen met de verblijfsvergunning waren, is dit gezin wel weer bij haar terug gekomen.

C3 Het vertoog over asielzoekers

De constructie van het beeld over asielzoekers, de theoretische modellen en therapeutische praktijk in Zuid-Afrika zien we als een vertoog van politiserende hulpverlening. Mensen zijn slachtoffers van het systeem en worden gemarginaliseerd. Zij hebben ondersteuning nodig om weer op krachten te komen, letterlijk 'empowered' de strijd voort te zetten. In die samenhang is het model van politiserende hulpverlening te herkennen, waarin het outreachende karakter van de hulpverleners een logische stap is.

De problemen van de cliënten hebben te maken met de schending van mensenrechten, gebrek aan steun en mogelijkheden in de samenleving, afhankelijkheid en de complexiteit van verschillende problemen, op diverse niveaus, tegelijkertijd. In de hulpverlening richten de therapeuten zich op het krijgen van vertrouwen, tonen van betrokkenheid, opkomen voor de belangen van individuele cliënten maar zij besteden ook aandacht aan de collectieve belangen. Zij zijn zich bewust van de meer traditionele methoden, die in verschillende disciplines gebruikt worden en zij voegen er strategieën aan toe. Dat is vooral te zien in het creëren van 'a thinking space' en in het centraal stellen van een narratief, dat zin en betekenis geeft aan de huidige ervaringen van cliënten.

1.3. Conclusies

Het vertoog van hulpverleners, die werken met asielzoekers, bestaat uit een beschrijving van de doelgroep, theoretische modellen en therapeutische praktijken. We kijken naar onderlinge verschillen per locatie en naar de mate waarin de maatschappelijke context van cliënten is opgenomen in het vertoog van de hulpverleners.

In de conclusies bespreken we eerst de drie locaties, dan maken we een vergelijking, waarbij ook de mate waarin de context wordt opgenomen, besproken wordt.

We sluiten af met enkele meer algemene thema's, die het vertoog van hulpverleners die werken met asielzoekers een inbedding geven. Het gaat om een aantal thema's, waarover hulpverleners in discussie zijn.

De dagbehandeling voor vluchtelingen in Vught

Op de dagbehandeling voor vluchtelingen in Vught is het vertoog van trauma-verwerking, waarin het herstel van kerngedachten rond vertrouwen en veiligheid centraal staat, dominant. Het traumavertoog is een bijzondere vorm van een medisch vertoog, waarbij bepaalde klachten volgens een bepaalde rationale behandeld worden. Dat betekent dat de klachten van asielzoekers toegeschreven worden aan traumatische ervaringen, die beschadigingen van de kerngedachten tot gevolg hebben gehad. Het herstel van veiligheid en vertrouwen is het belangrijkste doel van de behandeling in Vught. Problemen worden op een individueel niveau in kaart gebracht met behulp van een

classificatie en diagnostische middelen. Klachten worden beschreven en de behandeling richt zich grotendeels op het doen verminderen van de klachten.

Aangezien een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) een selectie criterium is voor opname, is het niet verwonderlijk dat de begrippen passen in een traumavertoog. Het blijkt niet moeilijk voor de hulpverleners om de klachten, die per cliënt wel enigszins verschillend worden beschreven, te interpreteren als PTSS. Naast PTSS klachten worden ook andere klachten gezien, die meer te maken hebben met depressiviteit, rouw en existentiële problemen.

De bestaansonzekerheid en de lange duur van de procedure, waardoor mensen langer in de opvang leven, overschaduwden soms de kern van de traumatische klachten.

In de behandeling staat het herstel van de beschadigde kerngedachten centraal en bij de meeste cliënten verloopt dat proces succesvol. Je niet goed inzetten en in een slachtofferrol blijven hangen worden als voornaamste redenen voor niet-succesvolle behandelingen gezien.

Pharos

Bij Pharos is sprake van een vertoog waarin betekenis gegeven wordt aan een nieuw bestaan. De problemen die dat met zich meebrengt, kunnen in een stress-coping model geanalyseerd worden. De processen rond ontworteling, bestaansonzekerheid, traumatisering, verlies, rouw en acculturalisatie kunnen allen aan bod komen en worden met elkaar in verband gebracht, waarbij zingeving en empowerment van vluchtelingen voorop staan.

De hulpverleners richten zich voornamelijk op het heden, het huidige functioneren van de cliënten. Daarbij hebben zij wel oog voor de gevolgen van eerdere ervaringen, de achtergrond van sommige angsten maar zij verbinden die met de huidige klachten. De klachten hebben te maken met pijn, onzekerheid over het verblijf in Nederland en de ongunstige omstandigheden waarin mensen moeten (over)leven, uitputting en nervositeit. Die ervaringen en omstandigheden hebben stress tot gevolg. De cliënten voelen zich angstig, hebben het gevoel dat ze niet in staat zijn hun problemen zelf de baas te worden. De hulpverleners richten zich eerst op stabilisatie. Vervolgens zoeken zij met de cliënt naar de kracht en de vaardigheden om de huidige klachten te verminderen. In het stress-coping model is de inschatting van de situatie en van het vermogen iets aan de problemen in die situatie te doen van belang. Als de stresserende ervaring niet minder bedreigend kan worden gemaakt door de waarneming aan te passen, kijkt de therapeut met de cliënt naar manieren waarop hij of zij de situatie zelf zou kunnen veranderen. Welke steun zou er gegenereerd kunnen worden? Waar zijn de hulpbronnen?

Blijkt na een herinterpretatie van eigen vermogen en vaardigheden om de stress te verminderen en na een heroverweging van steun en hulpbronnen, dat de stress niet te veranderen is, dan zal de therapeut zich richten op hoe de cliënt de huidige situatie met haar problemen kan accepteren.

In het stress-coping model kunnen traumatische ervaringen gemakkelijk opgenomen worden. Anders dan bij het traumamodel, wordt er echter niet bij voorbaat vanuit gegaan dat een traumatiserende ervaring de basis van de klachten is. Een tweede verschil is dat in de behandeling de ingrijpende

ervaringen niet centraal hoeven te staan. De focus van de therapeut, die met het stress-coping model werkt, is meer gericht op het heden en de omgeving waarin cliënten zich bevinden dan op het verleden. Integratie van eerdere ervaringen is wel belangrijk als blijkt dat deze nog steeds stress oproepen.

Het Trauma Centre for victims of violence and torture

Het vertoog van de hulpverleners in het Trauma Centre for Victims of Violence and Torture in Kaapstad, is te typeren als gepolitiseerde hulpverlening. De context van de cliënten, machtsverschillen en maatschappelijke positie zijn onderwerp van analyse. In de theoretische modellen en therapeutische praktijk zijn belangenbehartiging, 'advocacy', 'engagement' en een narratieve benadering van de problemen van cliënten belangrijke elementen. Dat de hulpverlening in Kaapstad gepolitiseerd is, wekt nauwelijks verbazing als men kijkt naar de geschiedenis van Zuid Afrika en dan vooral de periode van het Apartheidsregime, waardoor niet alleen hulpverlening maar ook andere maatschappelijke terreinen als onderwijs en arbeid in vergaande mate beïnvloed waren en deels nog zijn door politieke, raciale- en machtsverhoudingen.

In "Psychologies for Liberation" (Dawes, 1998) komt naar voren dat bevrijdingspsychologen gezocht hebben naar manieren om overlevenden van structureel en direct politiek geweld te ondersteunen. Activisten zagen in eerste instantie weinig heil in een bijdrage van psychologen, die in hun spreekkamer voornamelijk de rijke blanke cliënten zagen en die werkten met traditionele psychoanalytische methoden. Door het aanbieden van concrete hulp, bijvoorbeeld door het voorbereiden van activisten op psychologische gevolgen van martelingen maar ook door gevangenen op te zoeken en in de rechtbank de betrouwbaarheid van verklaringen aan te vechten, stegen sommige psychologen in aanzien bij de anti-apartheidsstrijders.

De bevrijdingspsychologen kozen voor een politieke, sociaal emanciperende agenda en zij wilden werken in het belang van hen die politiek en economisch onderdrukt werden. De vermindering van vooroordelen en antiracistisch onderwijs zijn hiervan voorbeelden, evenals de community psychology, die als afstudeerrichting aan de Universiteit werd ingevoerd.

De bevrijdingspsychologen betoogden dat apartheid en het geweld waarmee het regime in stand worden gehouden, het welzijn van de bevolking van Zuid Afrika in gevaar brachten. De werkers in de geestelijke gezondheidszorg werden dan ook opgeroepen om te vechten voor veranderingen van de politieke situatie. Omdat etnische identiteit en daaraan gekoppelde cultuurverschillen ideologisch sterk geladen waren door de Apartheid, werd vooral gewerkt met een marxistische visie. In de post-apartheidsperiode is aandacht voor cultuurverschillen meer acceptabel geworden en lijkt het vertoog voor geestelijke gezondheidszorg zowel op klasse- als op culturele verschillen gebaseerd.

De opstelling van hulpverleners is er op gericht cliënten zelf aan het woord te laten en hen een eigen narratief te laten maken zonder gebruik te maken van al dan niet westerse psychologische begrippen. Technieken zoals containment, het hanteren van overdracht en tegenoverdracht maar ook de advocacy functie worden in de methodieken opgenomen.

Vergelijking van de drie locaties

Hulpverleners gebruiken verschillende concepten in de hulpverlening aan asielzoekers en de mate waarin die concepten bepalend zijn, verschilt. Samengevat zijn de verschillende vertogen traumaverwerking, stress-coping en politiserende hulpverlening. De beide eerste vertogen komen op alle drie locaties voor, waarbij in de dagbehandeling in Vught het meest gewerkt wordt op basis van traumaverwerking. Van politiserende hulpverlening is op beide locaties in Nederland wel sprake maar in een afgezwakte vorm. Er is wel degelijk oog voor de maatschappelijke context maar de hulpverleners richten zich daar minder op dan die in Kaapstad.

De context

De beantwoording van de vraag naar de manier waarop de maatschappelijke context van asielzoekers opgenomen is in het verloop van de behandelaars, sluit aan bij deze vergelijking. De context is een breed begrip. Hierin kan opgenomen worden dat het individu in zijn of haar omgeving gezien wordt, in het gezin of in bredere sociale verbanden. Maar er kan ook gekeken worden naar de maatschappelijke positie die het individu inneemt, waarbij factoren als uitsluiting, discriminatie en racisme en onderdrukking een rol spelen.

Kijken we naar de mate waarin problemen en de hulpverlening geïndividualiseerd dan wel in de context geplaatst worden, dan zijn de verschillen als volgt: In Vught wordt de meeste nadruk gelegd op individuele gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen, die weliswaar van buitenaf komen maar die vooral begrepen worden in hun effect op het beschadigen van de overtuigingen van slachtoffers van geweldservaringen. Bij Pharos zoekt men naar een middenweg door zowel individuele factoren op te nemen als naar het netwerk, de contacten van mensen, het (gaan) ondernemen van zinvolle activiteiten en participeren in de samenleving te kijken. Politieke aspecten van de asielprocedure komen bij beide instellingen aan bod. In Kaapstad staat de context het meest centraal. Individuele reacties van cliënten worden in een politiek framework geplaatst, de maatschappelijke positie van cliënten wordt onderzocht en de hulpverleners stellen hun handelen er op af. Dat komt het sterkst naar voren in het voorbeeld van de asielzoekers die in een lege supermarkt wonen en die zich bedreigd voelen door de buitenwereld.

1.4. Inbedding van het vertoog

Het vertoog van hulpverleners, die werken met asielzoekers in de GGZ, is aan de hand van opvattingen over behandelingen en begrippen waarmee hulpverleners asielzoekers definiëren zichtbaar(der) geworden. Dat vertoog zullen we inbedden volgens drie lijnen:

- insluiting van asielzoekers in de GGZ;
- onderscheid asielzoekers en vluchtelingen;
- trauma.

1. Asielzoekers passen, net als vluchtelingen in de GGZ

Ondanks het gegeven dat asielzoekers met maatschappelijke (en politieke) problemen te maken hebben, leidde dat bij deze hulpverleners in Nederland niet tot twijfel over hun plek in de GGZ. Dat was eerder bij migranten wel het geval. De enige twijfel, die hulpverleners of instellingen soms hebben, heeft betrekking op de onzekere verblijfsstatus, eventuele financiële risico's voor de instelling en het risico dat de behandelaar in de asielprocedure een rol moet gaan spelen of al speelt door behandeling aan te bieden. Er is in de periode 1983-2003 een groot aantal specifieke projecten voor asielzoekers ontwikkeld, mede door de aparte financiële regelingen, die beschikbaar komen. Zowel voor asielzoekers als vluchtelingen geldt dat we in deze periode nog vooral categorale voorzieningen zien of categorale afdelingen in reguliere zorginstellingen.

2. Het onderscheid tussen asielzoekers en vluchtelingen

Het onderscheid tussen asielzoekers en vluchtelingen is er wel maar heeft op het vertoog van de hulpverleners weinig invloed. In Zuid-Afrika was de situatie van asielzoekers en vluchtelingen vrijwel dezelfde, het aantal erkende vluchtelingen was zeer gering. In de meeste gevallen waren mensen illegaal in Zuid-Afrika, de gunstige uitzonderingen hadden een tijdelijke werkvergunning waardoor ze enigszins beschermd werden. De maatschappelijke marginaliteit van deze mensen weerhield de hulpverleners van het Trauma Centre for Victims of Torture and Violence er niet van hen als cliënten te willen opnemen.

Datzelfde geldt voor de hulpverleners bij Vught en Pharos. Daar is wel een verschil op te merken. De dagbehandeling was expliciet voor asielzoekers bedoeld. Op het moment dat de asielzoeker een status kreeg, werd de behandeling niet beëindigd maar het grootste deel van de cliënten was wel asielzoekend. Bij Pharos leek dat percentage veel geringer. Er leek echter geen sprake van een discussie over de vraag of asielzoekers terecht konden bij Pharos.

In het denken over de behandeling van asielzoekers lijkt er geen groot verschil gemaakt te worden tussen deze groep en de vluchtelingen met status. In Vught werkt men aan de trauma verwerking, in Pharos ligt het accent op het opbouwen van een nieuw, zinvol bestaan. In beide gevallen gelden dezelfde concepten voor asielzoekers als voor vluchtelingen.

3. Het trauma-denken is niet meer weg te denken

De gevolgen van ingrijpende ervaringen en de vertaling daarvan in een Post Traumatische Stress Stoornis heeft er in het geval van de dagbehandeling in Vught toe geleid dat het als een selectie-criterium voor de behandeling geldt. De concepten, die met trauma-verwerking te maken hebben komen in Vught het sterkst naar voren maar de hulpverleners op de andere locaties werken er ook mee. Daarmee heeft het denken over psychotrauma een belangrijke plaats gekregen in de GGZ. Ook voor andere cliëntgroepen dan migranten en vluchtelingen wordt trauma-hulpverlening ingezet.

4. Ruimte voor debat

In het vertoog over asielzoekers zijn verschillende visies naast elkaar heel goed mogelijk. In het onderzoek zien we die verschillen op locatie terug. In de therapeutische praktijken is het heel goed mogelijk dat deze verschillen door elkaar gebruikt worden.

Bijlage 2

Interculturele competenties

2.0. Inleiding

In de periode 2002-2009, beschreven in hoofdstuk 5, hebben we gezien dat de theoretische modellen van hulpverleners over migranten subtieler, gelaagder, meer wederzijds en gedifferentieerd zijn geworden. De focus ligt niet langer vooral op de achtergronden van migranten en vluchtelingen maar meer op die van de hulpverleners zelf, die geschikt moeten zijn om met een multiculturele doelgroep te werken.

Het onderzoek naar de interculturele competenties past goed in deze periode omdat het over zowel de interculturele aspecten van de cliënten gaat als over de interculturele aspecten van de behandeling. Voor de analyse van de interculturele competenties richten we ons op de reguliere GGZ met als basis een aantal projecten over interculturele competenties in de GGZ, uitgevoerd in opdracht van Mikado tussen 2004 en 2008. Het vertoog van hulpverleners in de GGZ wordt belicht door te onderzoeken welke kenmerken van diversiteit hulpverleners herkennen in het analyseren van problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid van migranten en vluchtelingen.

We beginnen met een toelichting op interculturele competenties en staan stil bij welke sociaal-culturele variabelen in theorieën over diversiteit en interculturele zorg aan bod komen. Dan zullen we de methode van dit onderzoek toelichten en de resultaten presenteren. De resultaten vallen uiteen in een analyse van de interculturele aspecten die hulpverleners herkennen bij hun cliënten en een analyse van interculturele competenties.

2.1. Achtergrond van interculturele competenties

Competenties bestaan uit kennis, vaardigheden en houding. Opleidingen formuleren hun modules in termen van competenties¹.

Competenties kunnen ook gebruikt worden als kader om feedback te geven aan medewerkers in organisaties. Beoordelingsgesprekken worden soms aan de hand van een competentiemodel gevoerd².

Over interculturele competenties, ook nu weer in algemene zin, wordt ook nagedacht maar hiervoor bestaan nog weinig voorbeelden. Campinha-Bacote (1994, in Wolfers, 2007, p.) definieert culturele competentie als een proces voor

¹ Voorheen werd voor met name Universitaire opleidingen vooral gedacht in kennis-doelen. Op HBO en MBO niveau was er al langer sprake van aandacht voor de vaardigheden en houding van toekomstige beroepsbeoefenaren. Bij sommige faculteiten van de Universiteit worden individuele studie loopbaan gesprekken gevoerd met studenten en daarbij zijn competenties het uitgangspunt.

² Het Colo, de vereniging kenniscentra beroepsonderwijs bedrijfsleven, heeft een handleiding ontwikkeld om voor willekeurig welk beroep een competentie profiel op te stellen. Het gaat uit van een beroepsbeschrijving, kerntaken die soms gebundeld worden tot kernopgaven en per kerntaak beroepscompetenties.

het effectief werken binnen de culturele context van een individu of een gemeenschap met een andere culturele of etnische achtergrond.

Borkan & Neher (1991, in Wolfers, 2007, p79) beschrijven cultureel bewustzijn of etnosensitiviteit als een proces waarbij de hulpverlener zich ontwikkelt van iemand met angst en wantrouwen ten aanzien van mensen met een andere achtergrond via cultureel relativisme en empathie naar culturele integratie, waarbij de hulpverlener uiteindelijk een multicultureel mens wordt die met iedereen kan communiceren (Wolfers e.a.2007).

Wolfers onderzocht de interacties tussen personeel en allochtone cliënten van twee ziekenhuizen. Hij zocht behalve naar eventuele problemen ook naar wat actoren als oplossingen zagen. Het zorgpersoneel legt veel nadruk op de taalbarrière en communicatieproblemen maar besteedt geen aandacht aan het eigen functioneren of de eigen rol in de communicatie. Het onderzoek laat zien dat er veel problemen worden ervaren.

Doordat ze vooral problemen in de omgang met allochtone patiënten zien, problematiseren zorgverleners als het ware de allochtone patiënt. De wensen van allochtone patiënten ten aanzien van individuele serviceverlening, bijvoorbeeld op het gebied van voeding en gewoonten worden 'geallochtoniseerd'. Daarmee doet men geen recht aan deze populatie (Wolfers, 2007).

Het zorgpersoneel identificeert een aantal wezenlijke misverstanden in de interactie. Er zijn verschillen in de begrippenkaders, culturele interpretaties, verwachtingen ten aanzien van zorg en behandeling en in gewoonten en gebruiken rond gezondheid en ziekte. Er is echter geen beleid rond interculturalisatie en er zijn geen richtlijnen voor de zorgverleners over situaties, waarin zij moeten handelen. Hoewel ongeveer de helft van de respondenten behoefte zegt te hebben aan cultuurspecifieke informatie en een kwart tot ruim de helft aan interculturele communicatievaardigheden, zijn er nog veel zorgverleners die geen enkele training in culturele competenties wensen of denken nodig te hebben.

Er bestaan ook vragenlijsten, die gebruikt kunnen worden om interculturele sensitiviteit te meten (Sue, 1998). De eerste indruk is echter dat deze te oppervlakkig zijn. De vragen zijn te voor de handliggend of te stereotype geformuleerd.

Mikado kreeg de opdracht van GGZ Nederland om de interculturele competentieprofielen voor hulpverleners in de GGZ te gaan beschrijven. Die opdracht ben ik in 2004 uit gaan voeren, in overleg met de beroepsverenigingen van psychiaters, gz-psychologen en verpleegkundigen. Voor alle drie de beroepsgroepen is een traject uitgezet met een expertgroep van hulpverleners, die allen ruime ervaring hebben in het werken met migranten en vluchtelingen. De expertgroepen kwamen per discipline bij elkaar en bespraken de functieprofielen, die van hun beroep in omloop zijn. Overeenkomstig de richtlijnen van het Colo, zijn hieruit de kerntaken gehaald, eventueel gebundeld tot kernopgaven. Vervolgens is besproken welke interculturele aspecten er aan een taak te onderscheiden zijn.

Het resultaat van dit eerste project over interculturele competenties is een document met profielen voor de psychiater, de gz-psycholoog en de

verpleegkundige in de GGZ (Kramer, 2004). Naast een aantal algemene competenties zijn er competenties per kernopgave. Ter illustratie gebruiken we het voorbeeld van het interculturele competentie profiel van de gz-psychologen. De kernopgaven van een gz-psycholoog zijn assessment, behandeling, preventie, dienstverlening, consultatie en wetenschappelijke activiteiten. Onderverdeeld naar kernopgaven zijn er in totaal 31 interculturele competenties voor de gz-psycholoog geformuleerd -voor de andere beroepen ook een dergelijk aantal. We geven een aantal voorbeelden van algemene en meer specifieke interculturele competenties.

Twee voorbeelden van algemene interculturele competenties:

- *De gz-psycholoog zoekt de betekenis die cliënten geven aan hun situatie, ervaringen, moeilijkheden en problemen. In zijn³ referentiekader integreert de gz-psycholoog de rol die cultuur, etniciteit, migratie en acculturalisatie kunnen spelen in de sociaal-psychologische en economische ontwikkeling van diverse etnische en culturele groepen.*
- *De gz-psycholoog verzekert zich er zo goed mogelijk van dat de cliënt hem begrepen heeft.*

Een voorbeeld van een interculturele competentie in assessment:

- *De gz-psycholoog is bekend met de mogelijkheden en beperkingen van psychodiagnostiek. Hij houdt rekening met de beperkingen van instrumenten maar ook van zichzelf en zoekt bij twijfel consult bij experts op het betreffende terrein.*

Drie voorbeelden van interculturele competenties in behandeling:

- *De gz-psycholoog is in staat het hulpverleningsaanbod aan te laten sluiten bij de verwachtingen en mogelijkheden van de cliënt en de gz-psycholoog kan op diverse manieren aansluiten bij de visie van migranten- en vluchtelingencliënten.*
- *De gz-psycholoog realiseert zich dat het werken met migranten en vluchtelingen een grote mate van onzekerheid met zich mee kan brengen en hij beheerst de vaardigheden en houding om daar mee om te gaan.*
- *De gz-psycholoog heeft voldoende kennis van de culturele achtergrond, waaronder religie en spiritualiteit van de cliënt, zonder dat hij de cliënt reduceert tot een lid van een statische cultuur.*

Een voorbeeld van een interculturele competentie in preventie:

- *De gz-psycholoog zoekt contact met en stemt af op organisaties en netwerken waarin migranten en vluchtelingen participeren dan wel vertegenwoordigd worden.*

Een voorbeeld van een interculturele competentie in dienstverlening en consultatie:

- *De gz-psycholoog maakt een kritische analyse van de toegankelijkheid van zijn dienstverlening voor migranten en vluchtelingen.*

³ In de tekst gebruiken we de mannelijke vorm voor beschrijving van beide seksen.

- Een interculturele competentie in wetenschappelijke activiteiten:
De gz-psycholoog onderkent de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar etnisch en cultureel diverse groepen. Hij werkt hieraan mee en / of houdt zich op de hoogte van de ontwikkelingen op dit gebied.

Kennis en vaardigheden zijn in de profielen gemakkelijk naar de praktijk te vertalen maar houding is veel lastiger. De beoordeling van een interculturele beroepshouding is subjectief. Een mogelijkheid is echter de houding intercollegiaal te toetsen. Dat is nog steeds niet gemakkelijk gezien onderling vertrouwen en openheid, dat daarvoor nodig is.

Na het ontwikkelen van dit document is aandacht besteed aan de implementatie van de interculturele beroepsprofielen in de GGZ, zowel in een opleiding als in een instelling. Beide trajecten zijn beschreven (Kramer, 2007). De data die verzameld zijn in het traject met de GGZ instelling worden in dit onderzoek op een nieuwe manier geanalyseerd. Daaraan toegevoegd zijn data van casuïstiekbesprekingen met medewerkers in andere GGZ instellingen.

Voor de analyse van de interculturele aspecten van cliënten en de interculturele competenties, hebben we gebruik gemaakt van een aantal sociaal-culturele variabelen, die we hier zullen toelichten.

Sociaal-culturele variabelen

De meest voorkomende variabelen die in theoretische zin over interculturele verschillen worden genoemd zijn:

- gender
- etniciteit
- migratie
- leeftijd
- opleiding
- religie
- sociaal-economische positie
- seksuele oriëntatie en -identiteit

In dit kader is het kruispuntdenken van belang. De theorie van het kruispuntdenken (Botman, Jouwe, Wekker, 2001) verwijst naar de kruisingen van verschillende maatschappelijke invalshoeken. Dat zijn plaats, nationaliteit, gender, etniciteit, seksuele voorkeur en religie en de wijze waarop deze elkaar construeren. Deze maatschappelijke invalshoeken zijn steeds gelijktijdig en in wisselwerking met elkaar actief.

2. 2. Methode

Probleemstelling

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het vertoog van hulpverleners in de GGZ die werken met migranten en vluchtelingen in kaart te brengen. We hopen met de analyse van het vertoog van hulpverleners bij te dragen aan een verbetering van het onderwijs over interculturele zorg. Reflectie over het vertoog van hulpverleners kan bijdragen aan een beter inzicht in en reageren op diversiteit.

Op het gebied van diversiteit kan een analyse van het vertoog van hulpverleners meer zicht geven op de interactie tussen migranten en vluchtelingen en de zorgverleners in de instellingen voor GGZ. Het zich bewust worden van eigen culturele aannames en opvattingen over culturele verschillen ten opzichte van specifieke groepen (migranten en vluchtelingen) is de eerste stap in het verkleinen van de afstand tussen hulpverleners en cliënten met een andere culturele achtergrond. Wordt men zich meer bewust van de diversiteit in opvattingen over geestelijke gezondheid en de zorg, dan kan dit de motor zijn om de toegang tot en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Uiteindelijk is het de bedoeling dat instellingen werk maken van het aanbieden van multiculturele zorg. Een analyse van het vertoog van hulpverleners kan bijdragen aan een evenwichtiger inschatting van de problematiek van mensen voor wie allerlei aspecten met elkaar verweven zijn. Het is de vraag welke sociaal-culturele variabelen door de hulpverleners in de praktijk herkend worden als het gaat om het analyseren van geestelijke gezondheidsproblemen bij migranten en vluchtelingen. Daarbij zijn de eerder genoemde variabelen als uitgangspunt gebruikt.

Vraagstelling

Welke interculturele thema's bespreken hulpverleners in de intervisie over interculturele competenties?

Deze vraag valt uiteen in twee delen:

1. welke interculturele aspecten in de achtergrond en problemen van migranten- en vluchtelingencliënten worden beschreven?
2. welke interculturele aspecten in de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen worden beschreven?

Methode

Dit onderzoek is een explorerend onderzoek. Data zijn verzameld in casuïstiek besprekingen met hulpverleners in de GGZ. Iedere casuïstiek bespreking werd schriftelijk voorbereid door één van de hulpverleners. Hiervoor werd gebruik gemaakt van bestaande rapportages, eventueel aangevuld met een samenvatting van de problematiek van de cliënt door de hulpverlener. In de groeps gesprekken is de cliënt als case besproken. Daarbij is telkens de vraag gesteld welke interculturele aspecten van de cliënt naar voren komen in de case, welke interculturele competenties de hulpverlener bij zichzelf herkent of welke interculturele competenties collega's herkennen. Aangezien de groepsdiscussies gevoerd worden door teams die ook daadwerkelijk met elkaar samenwerken, is het mogelijk dat ook andere hulpverleners bekend zijn met de ingebrachte cliënt, direct vanwege eigen betrokkenheid bij (het systeem van) de cliënt dan wel indirect omdat cliënten in het team besproken worden.

Van elke groepsdiscussie is een verslag gemaakt door de onderzoeker, dat gecheckt en eventueel aangevuld is door één van de hulpverleners.

Respondenten

De meeste respondenten zijn allen hulpverlener in dezelfde GGZ instelling, namelijk Rivierenland in Tiel, onderdeel van de Gelderse Roos. Zij werken in zes verschillende teams. Die teams zijn:

- de kliniek;
- de resocialisatieafdeling;
- ambulante zorg voor kinderen en adolescenten;
- preventie;
- dagbehandeling;
- intensieve psychiatrische thuiszorg.

Met elk team zijn vier casuïstiek besprekingen gehouden. In principe stond in een bespreking telkens één cliënt centraal.

Daarna zijn in een aantal andere GGZ instellingen ook casuïstiek besprekingen gehouden. De samenstelling van de hulpverleners is per bespreking telkens anders geweest. Per bijeenkomst werden twee cliënten uitvoerig besproken. Dat materiaal is toegevoegd aan de eerder verzamelde data. De data in de GGZ instelling Rivierenland zijn verzameld in de periode juni – november 2006. De overige casuïstiekbeprekingen in andere GGZ instellingen vonden plaats in 2008.

Analyse

De analyse van de data in dit onderzoek is gedaan door gebruik te maken van twee matrixen, zie bijlage 3. De eerste matrix betreft de sociaal-culturele variabelen van de cliënt. Voor iedere client wordt de matrix ingevuld op basis van het materiaal, dat ter voorbereiding op de cliëntbespreking verspreid is, aangevuld met informatie die tijdens de bespreking naar voren komt. Van iedere cliënt is een samenvatting geschreven met daarin opgenomen de interculturele thema's.

Vervolgens is, ook weer per cliënt, de matrix voor interculturele competenties gebruikt. In die matrix worden de taken of verrichtingen van de hulpverlener(s) aan de ene kant gezet en de interculturele competenties voor die taken op de andere as. Daarin komen de interculturele thema's en interpretaties van de hulpverleners naar voren.

Vervolgens zijn deze data geordend door per sociaal-culturele variabele de interculturele thematiek te beschrijven. Op dat niveau zullen de data gepresenteerd worden. Het individuele niveau van de cliënt blijft zichtbaar en per variabele zal worden aangegeven welke interculturele aspecten de hulpverleners benoemen.

De analyse van de interculturele competenties is op dezelfde manier gedaan, aan de hand van de matrix. Overige thema's die niet in de matrix opgenomen zijn, worden apart vermeld.

2.3. Resultaten

We beginnen de presentatie van de resultaten met de interculturele aspecten in de achtergrond en problemen van de cliënten. De volgorde wordt bepaald door de frequentie waarmee die aspecten genoemd zijn.

Migratie

Over migratie als intercultureel thema, is in verhouding tot de andere sociaal-culturele variabelen, het meeste gezegd. Het gaat om de directe effecten van migratie zoals het verlies van familie, bekenden en een bekende omgeving, de problemen met het opbouwen van een nieuw bestaan en het gaat om meer indirecte thema's. Bij die laatste thema's kunnen we denken aan de betekenis van ziekte, taboe op GGZ, integratie in Nederland en veel specifiek aan een case waarin eerwraak speelt.

Van de achttien besproken cases zijn acht cliënten gevlucht, acht zijn arbeidsmigranten van wie het grootste deel met hun ouders gemigreerd is. Dan is er nog een dochter van een Molukse vrouw, die na de oorlog naar Nederland is gerepatriëerd en een Koreaanse vrouw, die geadopteerd is toen zij vijf jaar oud was.

Van de meeste cliënten is bekend op welke leeftijd zij naar Nederland kwamen. Bij zowel vluchtelingen als arbeidsmigranten wordt soms het achterlaten van familieleden als probleem genoemd. Bijv. in het geval van een Marokkaanse man, die zijn zus achterliet met wie hij juist een heel goed contact had.

Ook het verlies van een vertrouwde omgeving wordt als probleem gezien, zeker als dit verlies op een leeftijd wordt geleden, waarop sociale contacten belangrijk zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor een man, die op elfjarige leeftijd met zijn familie migreerde. Opgemerkt wordt dat het verlies van bekende 'peers' op die leeftijd ingewikkeld kan zijn.

Bij het verlies van status als gevolg van (gedwongen) migratie wordt vermeld dat sommige mannen dit verlies compenseren door te zoeken naar status verhogende elementen als geld en criminaliteit.

Taal wordt regelmatig genoemd als een aspect dat de mogelijkheden van cliënten beperkt bijvoorbeeld in het vinden van werk of het opbouwen van sociale contacten buiten de eigen etnische groep.

Van de acht vluchtelingen zijn er twee nog niet zeker van hun verblijf in Nederland en zo lang wonen zij nog in een AZC. Zowel de onzekerheid over de procedure als de omstandigheden op het AZC worden als belastend voor betreffende cliënten gezien. Eén van hen verblijft met haar gezin al meer dan tien jaar in Nederland. Voor haar is het ontbreken van een toekomstperspectief zwaar. Vooral nu andere gezinsleden vanwege hun leeftijd en ontbreken van status in Nederland geen opleiding meer mogen volgen en ook niet veel mogen werken. Het ontbreken van een toekomstperspectief en de lange onzekerheid over het verblijf in Nederland leiden tot een marginaal bestaan in de Nederlandse samenleving. Ondertussen wordt het contact met de samenleving waar men vandaan komt ook steeds losser.

Gender

Gender heeft in dit onderzoek vooral betrekking op de voorgeschreven normen voor vrouwen en mannen, die soms niet meer overeenkomen met wat individuen wensen. Zij gaan anders denken over de invulling van relaties of hun eigen individuele ruimte, dan wat in het gezin geaccepteerd wordt.

In vijf cases wordt gender besproken. Het gaat om drie vrouwen en twee mannen. Bij de vrouwen of meisjes wordt gesproken over de verschillende opvattingen over man-vrouw patronen in het land van herkomst en in Nederland. In één gezin zijn de opvattingen over wat een vrouw kan doen in het gezin zelf ook uiteenlopend en onderdeel van de problemen, waar men in de GGZ aandacht aan besteed. Het gaat dan om de vraag of een vrouw haar eigen weg mag volgen, zich moet richten naar wat haar echtgenoot wenst en om een mogelijke acceptatie van een echtscheiding.

In een tweede case heeft de vrouw in Nederland ook daadwerkelijk de stap naar echtscheiding gezet. Dat had zij, volgens de hulpverleenster, in Irak waarschijnlijk niet kunnen doen.

In de derde case gaat het om een zeventienjarig meisje dat een grotere autonomie zoekt dan in haar gezin gebruikelijk lijkt. Het meisje voelt de druk van haar ouders om zich aan te passen.

In de twee cases over mannen, waar gender besproken wordt, gaat het in beide gevallen om Marokkaanse mannen. De eerste man heeft voor zijn huwelijk een relatie gehad met een prostituee, met wie hij een zoontje heeft. Hij kan met zijn huidige echtgenote en familie niet over haar praten. Hij ziet zijn zoontje ook niet meer en mist hem en diens moeder, zijn ex-vriendin.

De tweede Marokkaanse man is ongelukkig in zijn huwelijk, dat als een gearrangeerd huwelijk tot stand is gekomen. Hij zou veel liever in Amsterdam gaan wonen, waarbij de hulpverleners veronderstellen dat het gaat om in de buurt te zijn van meer beschikbare vrouwen, eventueel ook mannen, en drugs.

Etniciteit

Etniciteit wordt besproken als cliënten zich tegen hun etnische achtergrond afzetten of deze ontkennen. Bij andere cliënten wordt soms in algemene zin gesproken over opvattingen of gewoonten in de betreffende etnische groep, zonder dat men weet hoe de cliënt(e) daar zelf over denkt. Van alle besproken cliënten is de etniciteit bekend. Het gaat om de volgende etniciteiten: Marokkaans (6), Azeri (3), Turks (2), Turks-Nederlands, Koreaans, Irakees, Afghaans, Moluks, Somalisch en Bulgaars.

In de meeste gevallen wordt de etniciteit als feit vermeld en lijkt het geen onderdeel van de probleemanalyse van de betreffende cliënt te vormen. In één geval, de eerder genoemde Marokkaanse man, wordt het ontkennen van zijn Marokkaanse achtergrond als de kern van zijn problemen gezien. Hij wil Nederlands zijn en benadrukt dat in gesprekken met hulpverleners. Hij zet zich af tegen het islamitische geloof, eet varkensvlees en wil geen gesprekken met zijn familie. Hij heeft verteld dat hij seksueel misbruikt is door zijn moeder en een broer maar nadat hij het verteld heeft, schaamt hij zich er voor. Het valt de hulpverleners op dat hij zich wel Nederlands wil gedragen maar toch weinig

aansluiting vindt bij andere groepsleden. Sommige hulpverleners vinden hem overkomen als een “Marokkaanse macho”.

Bij de bespreking van de Molukse cliënte valt op dat de hulpverleners veel weten over de algemene situatie van Molukkers in Nederland. Dan gaat het over hun geschiedenis, de problemen met zich thuis gaan voelen in Nederland en de hechte banden in de gemeenschap, waarin religie ook een rol speelt. Maar over de opgenomen cliënte weten de hulpverleners niet hoe zij zich opstelt in de Molukse gemeenschap. Zij woont in de wijk waar veel Molukkers wonen, dat is het enige dat zij weten.

De Koreaanse vrouw is als vijfjarig meisje door Nederlandse ouders geadopteerd na echtscheiding van haar biologische ouders in Korea en een toewijzing aan haar vader, dat daar gebruikelijk zou zijn. Toen zij door hem niet goed opgevoed werd, is zij voor adoptie aangemeld. Nu wordt een deel van haar problemen gezien in de ontkenning van haar Koreaanse achtergrond en het daardoor niet kunnen wennen aan andere situaties.

Dan zijn er enkele thema's, die indirect met migratie te maken hebben omdat hulpverleners denken dat bepaalde opvattingen, overtuigingen en gedragingen passen bij de groep of het land waar men vandaan komt. Dit heeft in vier gevallen te maken met de betekenis van ziekte, het taboe op GGZ en eerwraak. De mate waarin migranten in Nederland participeren, Nederlands spreken en contacten hebben met Nederlanders, verschilt ook en dit wordt, als laatste, ook tot een intercultureel thema gerekend. We zullen die thema's hieronder uitwerken.

Betekenis van ziekte

In de case van een Marokkaanse man, 27 jaar, die als elfjarige jongen met zijn familie naar Nederland migreerde, spelen verschillende thema's door elkaar heen. Hij is psychotisch, opvliegend en soms dreigend ten opzichte van zijn vrouw. Hij heeft een suïcide poging gedaan, die moeilijk bespreekbaar is met zijn familie. Hij voelt zich aangetrokken door mannen, waar zijn familie moeite mee heeft. Hij is gediagnosticeerd met schizofrenie maar zijn familie denkt dat bezetenheid en religie een rol spelen. Hij gebruikt drugs en heeft contact met een Nederlandse man, die ook drugs gebruikt. Zijn familie keurt dat contact en het druggebruik af. De hulpverleners denken dat familiebanden en sociale context in Marokko anders zijn. Mogelijk zou hij daar op een andere manier invulling kunnen geven aan zijn gevoelens voor mannen omdat het gemakkelijker is genegenheid te tonen, hand-in-hand over straat te lopen. Hij zou misschien ook geen drugs zijn gaan gebruiken.

Het horen van stemmen kan diverse culturele betekenissen hebben. Hulpverleners van een Turkse man wijzen er op dat psychoses soms gezien worden als teken van uitverkiezing, dat Allah deze persoon als intermediair gebruikt maar ook dat de psychose gezien kan worden als een vloek, als straf voor ondeugden. Overigens zou dezelfde culturele betekenis te vinden zijn bij mensen die in bepaalde Christelijke gemeenschappen leven, zo stelt de hulpverlener.

De ouders van een jongen uit Azerbeidzjan kunnen niet geloven dat het afwijkende gedrag van hun zoon verklaard kan worden als ziekte. Zij denken dat hij beïnvloed wordt door een vreemd vriendje.

Taboe

Net als in veel Nederlandse gezinnen, kan er sprake zijn van een taboe op GGZ. Dat kan belemmerend werken voor de toegankelijkheid van de zorg. Maar er zijn ook tegengestelde ervaringen. Hulpverleners zien in het geval van een negenjarige Marokkaanse jongen dat zijn ouders andere familieleden wel vertellen over de behandeling, dat zouden veel Nederlandse gezinnen juist niet doen. In dit geval komen andere familieleden mee om te checken of de behandelaars wel te vertrouwen zijn, zo lijkt het.

Eerwraak

De ongewenste zwangerschap, het verlies van de eer van de familie en de moord op het meisje door haar broer worden opgevat als intercultureel thema's. Verschillende gezinsleden krijgen hulp voor het verwerken van de moord en het zoeken naar bescherming zolang de dreiging van eerwraak nog aanhoudt. Het is lastig inschatten voor de hulpverleners hoe serieus men de dreiging moet nemen, hoe een dergelijke schending van de eer van familie in het land van herkomst opgelost zou worden en hoe zij een balans kunnen vinden tussen invloeden vanuit de familie uit het land van herkomst en de initiatieven, die gezinsleden nemen om zich in Nederland te emanciperen.

Integratie

De mate van integratie, of participatie in de Nederlandse samenleving verschilt. Dit kan zich uiten in gebrekkig Nederlands spreken maar ook in het niet goed kunnen achterhalen van iemands achtergrond, als er geen andere familie in Nederland is. Sommige cliënten vinden de buitenwereld bedreigend en worden mogelijk ook niet gemakkelijk opgenomen. Van rechtstreekse discriminatie spreken de hulpverleners niet, wel van weinig aansluiting vinden in de groep en de moeite om sociale contacten op te bouwen.

De volgende interculturele thema's hebben niet direct met migratie te maken maar breder, met diversiteit.

Leeftijd

Cliënten variëren in leeftijd, tussen 5 en 42. Dat is gekoppeld aan de behandelafdelingen, waaronder ook de Kinder- en Jeugd afdeling. Er wordt geen intercultureel thema gekoppeld aan leeftijd behalve dan het opmerken van de leeftijd waarop betreffende cliënt naar Nederland kwam.

Opleiding

Over een aantal vluchtelingencliënten wordt vermeld dat de opleiding belangrijk gevonden wordt, voor de cliënt zelf om zich te bewijzen in een nieuwe cultuur en soms ook voor de ouders om hun ambities waar te maken. Van één cliënte weten de hulpverleners dat zij analfabeet is. Bij haar heeft dat te maken met het

ontbreken van onderwijskansen voor Koerdische groepen in Irak. Bij ongeveer de helft van de besproken cliënten is het opleidingsniveau niet bekend.

Religie

Van zes cliënten is bekend dat zij islamitisch zijn en van één cliënt dat hij christelijk is. Bij het beschrijven van verschillende betekenissen van ziekte, is al genoemd dat religie een rol kan spelen in de verklaring voor bepaalde verschijnselen, zoals het horen van stemmen of andere psychotische verschijnselen. Eén cliënt, opgenomen op de resocialisatie-afdeling, laat op verschillende manieren blijken wat religie voor hem betekent. Hij gaat elke vrijdag naar de moskee, heeft een bidkleedje op z'n kamer en legt anderen uit dat zij daar niet op moeten gaan staan. Hij spreekt geregeld met een imam en draagt briefjes in z'n overhemd, waar mogelijk spreuken uit de Koran op staan.

Hulpverleners erkennen de invloed van religie op cliënten, ook bij christelijke cliënten maar verschillen onderling in de manier waarop zij daar over spreken. Sommige hulpverleners zien in de religieuze omgeving van cliënten mogelijkheden tot steun, anderen benadrukken dat cliënten last kunnen hebben van bepaalde dogmatische opvattingen die niet overeen komen met de levensstijl van de cliënt(e) of verwachtingen daar over. Als voorbeeld wordt daar homoseksualiteit bij genoemd.

Seksualiteit en seksuele oriëntatie

Bij één cliënt wordt seksuele identiteit genoemd, die verwarrend kan zijn omdat de man mogelijk homoseksuele gevoelens heeft. Over hem wordt in breder verband gedacht dat hij verward is over zijn identiteit omdat de Marokkaanse en Nederlandse levensstijl door elkaar heen lopen.

De man, hierboven beschreven als het gaat om het volgen van bepaalde religieuze voorschriften, maakt opmerkingen tegen vrouwen als hij vindt dat ze er te bloot bij lopen. Hij zoekt ook seksueel contact met medebewoonsters, die daar niet altijd van gediend zijn. Hij wordt onrustig als er vrouwenondergoed aan de lijn hangt.

Sociaal economische positie

In geen van de cases wordt deze variabele als intercultureel thema genoemd. In één gezin wordt het komen naar de GGZ vanwege de kosten als lastig beschouwd; daar proberen hulpverleners wel een tegemoetkoming in kosten te regelen.

Overige thema's

Tot zover hebben we interculturele thema's die met migratie en diversiteit in brede zin te maken, besproken. Over de onderstaande thema's denken de hulpverleners dat zij mogelijk andere normen en waarden hebben dan de cliënten. Die verschillen kunnen een rol spelen in de interacties tussen hulpverleners en cliënten.

Separatie

Bij een 20-jarige vrouw uit Afghanistan zien hulpverleners de behoefte aan het zich losmaken uit haar gezin en zich in Nederland verder ontwikkelen. De mate waarin separatie wenselijk gevonden wordt, zowel door hulpverleners als door gezinnen waar cliënten in opgroeien, kan verschillen. Deze cliënte lijkt geen goede balans te kunnen vinden en is depressief geworden. Soms woont zij bij haar familie, soms samen met haar man in het huis van haar broer. Zij houdt wel rekening met de belangen van haar familie en wil hen niet provoceren.

Voeding

Een Molukse vrouw, 29 jaar, opgenomen in de kliniek, wil in eerste instantie uitsluitend eten wat haar moeder voor haar meebrengt. Later is zij bang om vergiftigd te worden door het eten van het ziekenhuis. Het voedsel, dat moeder meebrengt, zou een uitdrukking kunnen zijn van culturele verbondenheid of van haar liefde. De moeder toont zich naar de behandelaars nauwelijks bezorgd over de doodswens van haar dochter. Als de dochter later op de dagbehandeling komt, is het geen enkel probleem de lunches van de afdeling te gebruiken. Daar hebben de behandelaars geen verklaring voor.

Existentiële angsten

Over een man, 42 jaar, gevlucht uit Azerbedzjan, wordt gezegd dat de man angstig is op een zeer diep, existentieel niveau. Het zijn doodsangsten die de behandelaars niet vergelijkbaar vinden met de angsten van andere patiënten.

Qat

Een achttienjarige Somalische man gebruikt qat. Hij verblijft op de resocialisatie afdeling waar hij dit middel niet mag gebruiken, ook al valt het niet onder de Opiumwet. De begeleiders denken dat het wel als een verdovend middel werkt en soms ook hallucinaties teweeg kan brengen.

Huishoudelijke taken

Bij een opname in de kliniek wil een Marokkaanse man, 36 jaar, geen huishoudelijke taken verrichten. Hij laat zijn spullen overal liggen en is moeilijk aanspreekbaar op zijn, in de ogen van de verpleegkundigen, lastige gedrag.

Opvoedingsstijl

Over de opvoedingsstijl van Turkse ouders wordt gemeld dat jonge kinderen veel meer verwend worden dan Nederlandse kinderen en vanaf een bepaalde leeftijd juist strenger worden aangepakt, terwijl Nederlandse kinderen dan vrijer worden gelaten.

Interculturele competenties

Voor de analyse van de interculturele thema's in het zorgen voor migranten- en vluchtelingen cliënten is net als voor de analyse van interculturele thema's in de problemen van hen, gebruik gemaakt van een matrix⁴ met kernopgaven van hulpverleners. Ondanks de verschillen in professies en in hulpverleningsprocessen, zijn de competenties samengevat in de termen

- diagnostiek;
- contact;
- psycho-educatie;
- begeleiding;
- behandeling;
- gezinscontacten.

We willen hier in herinnering roepen dat de taken van de hulpverleners per afdeling behoorlijk verschillen. Dat heeft consequenties voor de uitvoering van hun taken. Daar waar nodig, zullen we verbijzonderen om welke hulpverleningsprocessen het gaat.

Diagnostiek

Van de meeste cliënten is in de rapportage een classificatie in termen van de DSM-IV te vinden. Dat is niet verwonderlijk, bij een GGZ-indicatie hoort tegenwoordig een DSM-IV classificatie. Er zijn per afdeling verschillen in hoe bepalend de classificatie is voor het opstellen van een behandel- of zorgplan. In sommige cases geeft de classificatie ook inzicht in een mogelijke verklaring voor de psychiatrische problemen van de cliënten. Dit is het geval bij schizofrene stoornissen, die vaak als biomedisch worden uitgelegd. Bij andere classificaties is het niet altijd duidelijk hoe de klachten verklaard worden.

Dit komt bijv. naar voren bij een Afghaanse vrouw, 20 jaar, met als diagnose depressie, angst, paniek en eetproblemen. De hulpverleners vragen zich af of er een relatie is tussen de depressieve klachten en de relatieproblemen. Zij vragen zich af of er ook sprake is van traumatisering. Bovendien zien zij in de presentatie van klachten bij de vrouw een zekere 'onechtheid'. Het is de vraag of dit in de persoonlijkheid van de cliënte zit, het een cultureel aspect betreft of dat dit een onderdeel zou zijn van haar depressiviteit.

In de beschrijving van classificaties volgens de DSM-IV is bij geen van de cliënten een cultureel element ingebouwd, ook al zou dat volgens de DSM-IV wel kunnen. Zou je alleen de classificaties lezen, dan wordt op geen enkele manier duidelijk dat het om een migrant of vluchteling gaat. Bij één cliënt, een Marokkaanse man van wie wordt gedacht dat het ontkennen van zijn Marokkaanse achtergrond de kern van de problemen vormt, vragen de hulpverleners zich af of de classificatie 'depressieve stoornis in engere zin en een gemengde persoonlijkheidsstoornis' aangepast zou moeten worden.

Diagnostiek heeft niet alleen betrekking op het geven van een classificatie van de problemen in termen van de DSM-IV. Diagnostiek kan ook betrekking hebben op het doen van psychologisch onderzoek naar de persoonlijkheid van de cliënt of bijv. zijn of haar intelligentie. Bij een 42-jarige Marokkaanse man, die

⁴ Zie Bijlage 3

gebrekkig Nederlands spreekt, wordt de vraag gesteld in hoeverre psychologisch onderzoek een betrouwbaar beeld over zijn achtergrond zou kunnen geven. Ook de afname van een test, die in het Nederlands is opgesteld, wordt als probleem gezien.

Bij een twintigjarige jongen uit Azerbedzjan wordt de inschatting van zijn intelligentie (volgens onderzoek laag) in twijfel getrokken omdat hij in het contact met hulpverleners als normaal intelligent overkomt. Sommige hulpverleners pleiten er voor de intelligentie vanwege de culturele onbetrouwbaarheid van testen niet in een cijfer maar in een beschrijving weer te geven.

Tenslotte zijn er twee cliënten die vanwege gebrek aan ziekte inzicht en een terughoudende opstelling moeilijk te diagnosticeren zijn.

Contact

Contact opbouwen met cliënten, streven naar openheid om problemen te bespreken, vertrouwen winnen en de cliënten het gevoel geven dat ze begrepen worden, staan in veel hulpverleningscontacten centraal. Er zijn wel enkele verschillen tussen de afdelingen te zien in de mate waarin het opbouwen van een relatie belangrijk gevonden wordt. Zo kan het bij een opname op de kliniek om een kort verblijf gaan, waar de cliënt vooral baat heeft bij stabilisatie en het instellen van medicijnen. Maar de Intensieve Psychiatische Thuishulp (IPT) kan weinig resultaat hebben als er geen vertrouwensrelatie ontstaat. De hulpverleners van de IPT komen bij de cliënten thuis. Zij moeten zo goed mogelijk invoegen in het systeem, waarin de cliënt leeft en zij spreken dan ook over het overbruggen van taalverschillen. Soms kan er wel gewerkt worden met (telefonische) tolken maar vaak is dit lastig omdat er niet alleen gesprekken plaats vinden maar de begeleider ook samen met de cliënt van alles onderneemt. Dat betekent dat hulpverleners verschillende woorden gebruiken en nagaan wat de cliënten daarvan begrijpen. Volgens deze hulpverleners is het afstemmen op anderstalige of minder talige mensen te leren.

Met sommige cliënten is gesproken over codes in communicatie. Zo heeft een twintigjarige man uit Azerbedzjan uitgelegd dat hij anderen niet aankijkt, omdat

je dat alleen maar doet als je helemaal eerlijk bent.

Het begroeten van anderen hangt bij hem ook af van zijn stemming. Gaat het goed, dan is hij vriendelijk, anders zondert hij zich meer af.

Met sommige cliënten is het lastig contact op te bouwen, zoals bij een 42-jarige man uit Azerbedzjan, die afstandelijk blijft. Hulpverleners denken dat hij zich schaamt voor zijn situatie en problemen. Hij wordt wel als aardig ervaren maar ook als een 'einzegänger'.

Bij twee cliënten ervaren hulpverleners problemen in het aanspreken van hen op hun gedrag. Een Marokkaanse man, die als veeleisend, vernielzuchtig en gemakzuchtig ervaren wordt, moet vaak gecorrigeerd worden en dat leidt tot conflicten. Hulpverleners vinden zijn gedrag niet te tolereren, onder meer vanwege het effect op andere cliënten en zij komen daardoor niet goed in contact met hem. Bij een andere Marokkaanse man is het ontkennen van zijn

achtergrond lastig te bespreken omdat hij zich dan gediscrimineerd voelt. Hij wil op geen enkele manier in verband worden gebracht met zijn Marokkaanse achtergrond en legt vragen in die richting uit als discriminatie. Hulpverleners hebben de indruk dat die ontkenning ook een belemmerende rol speelt in het krijgen van contact in de groep van medeciënten in de dagbehandeling.

Tenslotte zijn er nog twee cliënten, met wie de hulpverleners slecht contact krijgen omdat zij afspraken niet nakomen, mogelijk geen rechtstreeks antwoord geven op vragen waardoor hulpverleners gaan twifelen. Andere cliënten komen als te bescheiden over, 'willen nog geen koffie aannemen'. De hulpverlener vindt dat je met een bepaalde houding de cliënt wel het gevoel moet kunnen geven dat hij of zij welkom is.

Psycho-educatie

Bij drie cliënten gaan hulpverleners er op in dat uitleg over de achtergrond van en verklaring voor bepaald gedrag van de cliënt zowel voor hem of haar zelf als voor de familie belangrijk kan zijn. Dan gaat het om het verband tussen lichamelijke klachten, pijn en een psychische oorzaak of het uitleggen van gedragsproblemen die een jongen met ADHD-klachten op school veroorzaakt.

Begeleiding

We zullen geen strikt onderscheid maken tussen begeleiding en behandeling. Theoretisch wordt begeleiding over het algemeen beschreven als ondersteuning, meedenken en aansluiten bij de pogingen van cliënten hun situatie te verbeteren terwijl bij behandeling sprake is van het toewerken naar bepaalde doelen via methodisch doordachte interventies. Maar in de praktijk is dit onderscheid vaak moeilijk te zien of te maken.

Hulpverleners van een vluchteling uit Azerbedzjan vragen zich af of zij zich wel echt kunnen voorstellen hoe deze man over zijn problemen denkt. Zij zien het als een belangrijke valkuil in de hulpverlening, dat hulpverleners al snel denken dat zij weten hoe het zit. Sommige hulpverleners zien het als een uitdaging om verschillende betekenissen en de beleving van problemen te kunnen bespreken. Soms beginnen cliënten zelf ook over de verschillen.

In de begeleiding van asielzoekers en vluchtelingen kan het stil staan bij de vele verlieservaringen en het verdriet dat daarmee gepaard gaat, zwaar zijn. Het is de vraag of hulpverleners de emoties, die de verhalen oproepen kunnen en willen verdragen.

Een andere valkuil in de begeleiding is het te snel aanbieden van hulp zonder na te gaan of de cliënt zelf voldoende weerbaar en vaardig is om de problemen zelf op te lossen. Soms heeft de cliënt met meerder instanties en met verschillende hulpverleners te maken, waardoor chaos ontstaat en de cliënt geen regie meer heeft. Hulpverleners vragen zich af of migranten in dat opzicht minder weerbaar zijn dan Nederlanders. Soms speelt de hulpverlener ook een rol in het uitleggen van het systeem van hulpverlening aan de cliënt. Dan gaat het om welke hulpverlener voor welk probleem de cliënt moet benaderen.

In de begeleiding van een achttienjarige Somalische jongen, realiseren de begeleiders van de resocialisatie afdeling zich dat zij eigenlijk niet goed weten wat hij zelf kan. Doet hij zijn eigen was, kookt hij zelf, doet hij boodschappen of

laat hij zijn zus veel voor zich doen? Het is ook de vraag of hij in dat opzicht wel iets wil leren. Misschien vindt hij het niet belangrijk voor zichzelf te zorgen. Dit is overigens een punt, dat ook voor andere bewoners ter discussie staat.

Tenslotte merken hulpverleners op dat gezonde en sterke kanten van de cliënten ook aan bod moeten komen. Hulpverleners kunnen daar aandacht aan besteden en bijv. in het geval van een vluchtelingengezin nagaan hoe de gezinsleden elk een eigen plek in de maatschappij kunnen veroveren en wat zij daarin al bereikt hebben.

Behandeling

Bij vijf van de cases is sprake van interculturele thema's en twee daarvan hebben te maken met de vraag of er traumatische ervaringen zijn en of die een rol spelen in de behandeling. In het geval van schizofrenie wordt er door de behandelaars vanuit gegaan dat traumatische ervaringen geen invloed hebben op schizofrene klachten. Als de cliënt zelf niet begint over traumatische ervaringen, wordt daar door de behandelaars met enige voorzichtigheid mee omgegaan. Met andere woorden: de behandelaars vragen er niet naar. In dit geval spreekt de cliënt er zelf niet over. Aangezien hij soms agressief kan reageren, vragen enkele teamleden zich af of zij niet meer zouden moeten weten over zijn achtergrond. Bij een andere vluchtelingcliënt wordt onvoldoende diepgang gemeld omdat hij zich te terughoudend opstelt.

Een ander intercultureel thema in de behandeling is de overtuiging van hulpverleners dat individuele ontwikkeling voorop moet staan. Bij de behandeling van een twintigjarige Afghaanse vrouw speelt de houding van de familie, die erop aandringt dat zij zich gaat aanpassen, een rol. Mogelijk is zij zich gaan verhongeren om druk uit te oefenen op gezinsleden om haar vrij te laten. De hulpverleners willen proberen het onderliggende conflict over het kunnen en mogen maken van individuele keuzes bespreekbaar te maken. De betekenis van ziekte, maar ook van opname en behandeling, wordt als intercultureel thema genoemd.

Als laatste wordt een meer praktisch intercultureel probleem genoemd, dat te maken heeft met het pendelen van een Marokkaanse cliënt, die telkens een half jaar in Marokko verblijft waardoor behandeling niet goed gecontinueerd kan worden.

Gezinscontacten

Hulpverleners zien over het algemeen in dat gezinsleden belangrijk zijn om bij de behandeling te betrekken dan wel gezinsleden goed te informeren over de behandeling. Eén van de hulpverleners drukte het zo uit:

Familie en overige aanwezigen in het gezin tellen allemaal mee in het bespreken van een probleem of in de druk op de gezinsleden. Meer dan men gewend is in een Nederlands gezin, heb je te maken met een collectief.

In het gezin van een 27-jarige Marokkaanse man is de vader de sturing over zijn zoon kwijt geraakt. Hij probeert krampachtig de controle te herstellen. De

moeder 'jammert' en verschuilt zich daar mogelijk achter maar zij zou ook een sleutel voor de hulpverleners kunnen zijn, zo denken ze, om de zoon beter te bereiken. Het is de vraag hoe je als hulpverlener cultureel sensitief contact met het gezin kunt maken. Gezinsleden kunnen zich bedreigd voelen, zoals in het gezin van de twintigjarige Afghaanse vrouw, als zij met hulp van hulpverleners een meer eigen weg kiest in plaats van zich aan te passen aan de verwachtingen in haar gezin. In een ander gezin, dat van de éérentwintigjarige man uit Azerbedzjan, wordt de druk vanuit het gezin op hem om zich aan te passen ook gezien. Hij wordt er mogelijk zelfs psychotisch van. Bij opname is dan ook heel bewust gekozen weinig contact met het gezin te hebben.

Bij een Marokkaanse man, die zijn vrouw bedreigt, is het juist de familie die contact zoekt met de GGZ. De familie dringt in periodes van agressie bij de hulpverleners aan op opname van hun zoon om zichzelf en zijn vrouw te beschermen. De hulpverleners maken –vinden zij zelf- weinig gebruik van dit contact met de familie. Terwijl het misschien tot een beter begrip zou kunnen leiden.

In het team van de kinderen en adolescenten wordt vanzelfsprekend veel met gezinnen gewerkt. Daar speelt als intercultureel thema dat de hulpverleners proberen niet vanuit hun eigen kader te denken over de rol van grootouders, die in het geval van een druk en ongeremd vijfjarig meisje een belangrijke rol spelen. Oma zou het meisje verwennen en de moeder brengt het meisje vaak bij haar als zij het moeilijk heeft. De hulpverleners zien hier bovendien een verschil in opvoedingsstijl, omdat zij denken dat Turkse ouders hun kinderen tot een bepaalde leeftijd veel meer hun gang laten gaan en toegeven aan hun wensen. Zij vinden het bespreken van verschillende opvoedingsstijlen een gevoelig thema omdat migranten weinig referentiekader in de samenleving hebben voor hun manier van opvoeden.

Het meer collectief voor kinderen zorgen, ontbreekt hier en veel migrantenouders staan er alleen voor.

Overige interculturele thema's

Behalve de in de matrix opgenomen thema's, komen er nog enkele andere thema's naar voren, die te maken hebben met de contacten van hulpverleners met migranten. Dit zijn vooral houdingsaspecten.

Onzekerheid

Met gebrekkige kennis over de achtergrond van de cliënt en twijfels over de diagnostiek is er sprake van onzekerheid, die de hulpverlener moet verdragen. In de case van een 42-jarige Marokkaanse man, vinden de hulpverleners dat je gewoon aan de slag moet gaan en proberen gestelde doelen te realiseren.

Spreekbuis

De eerder genoemde geringe weerbaarheid van migranten-cliënten kan er toe leiden dat de hulpverlener een spreekbuis wordt voor de cliënt naar andere hulpverleners toe. Het is dan de vraag of de cliënt zelf niet in staat is de hulpverlening te coördineren.

Schaamte

Sommige hulpverleners realiseren zich dat cliënten zich kunnen schamen om hulp te zoeken bij de GGZ. De angst voor gekte en schaamte omdat de familie problemen heeft lopen daarbij door elkaar heen.

2. 4. Conclusies

De cases, die besproken zijn in het kader van de interculturele competenties, laten zien dat de hulpverleners de meeste aandacht hebben voor de aspecten migratie en gender. In de bespreking van de hulpverlening aan migranten en vluchtelingen komt een aantal interculturele competenties naar voren. Die competenties hebben te maken met het omgaan met verschillende verklaringen voor ziekte en de betekenis van behandelingen en opnames. We zullen de belangrijkste aspecten hieronder samenvatten.

1. Thema's bij de cliënten

In de bespreking van migranten en vluchtelingencliënten, komen de impact van migratie en gender het meest aan bod. Heel weinig aandacht is er voor leeftijd, opleiding en sociaaleconomische positie.

Migratie wordt besproken in termen van verlies van bekenden, de vertrouwde omgeving en het niet verwerken van ingrijpende gebeurtenissen. Positieve gevolgen van migratie zijn een grotere keuze vrijheid en meer mogelijkheden voor individuele ontwikkeling.

Bij gender wordt vooral verwezen naar de verschillende opvattingen over man-vrouw verhoudingen en andere opvattingen over de graad van emancipatie. Daarin is een algemene tendens waar te nemen: Nederlandse vrouwen worden als zelfstandiger geportretteerd en de man-vrouw verhoudingen zouden meer gelijkwaardig zijn dan die in andere landen.

2. Iedere cliënt is uniek

Als we de casuïstiek en besprekingen in de teams analyseren op interculturele thema's, valt het op dat in iedere case een unieke combinatie van sociaal-culturele variabelen en individuele problemen naar voren komt. Er is geen algemene trend meer te ontdekken. Er wordt nauwelijks in groepstermen over cliënten gesproken. Dit past bij een individualistische kijk op cultuurverschillen. In eerdere periodes werden cultuurverschillen vaak verondersteld op grond van groepskenmerken.

3. Thema's bij de hulpverleners

De interculturele thema's in de competenties van hulpverleners hebben vooral betrekking op de verschillende betekenissen die ziekte, behandeling en opname kunnen hebben voor cliënten. Hulpverleners proberen daarover contact te krijgen. Voor de classificatie leveren die cultuurverschillen geen problemen op, het lukt de cliënten een DSM-IV classificatie te geven. Daarbij valt op dat in de classificatie op geen enkele manier terug te vinden is dat de cliënt(e) een migrant of vluchteling is. Meer twijfel is er over de inschatting van intelligentie en afname van psychologische testen. De interculturele thema's zijn niet gegeneraliseerd naar een bepaalde sociaal-culturele variabele.

Ook de vraag of traumatische ervaringen een rol spelen, komt zowel bij vluchtelingen als bij migranten naar voren. We concluderen dat hulpverleners zich per cliënt wel afvragen of er sprake is van een invloed vanuit culturele achtergrond maar deze niet generaliseren.

4. Geen onderscheid

In het verleden waren etniciteit en het onderscheid tussen migranten en vluchtelingen vaak richtinggevend voor het denken van hulpverleners over de problemen van migranten dan wel vluchtelingen. Dat is in de besprekingen niet meer terug te vinden.

5. Integrale aanpak

Interculturele zorg is soms een taak van enkele medewerkers of specifieke teams. Bij de besprekingen over interculturele competenties was dit echter niet het geval. Alle teamleden deden mee, de één heeft meer ervaring in de hulpverlening aan migranten en / of vluchtelingen dan de ander maar in principe werkt iedereen met iedereen.

6. Problemen in aansluiting

Daar waar interculturele aspecten van cliënten een rol lijken te spelen, is sprake van problemen in de aansluiting van de hulpverlening. Hulpverleners beoordelen zichzelf als te weinig outreachend, niet genoeg gebruik makend van de contacten met het gezin, te weinig bekend met de achtergrond van specifieke cliënten en soms onvaardig in het aanspreken van mensen op ongewenst gedrag. Je zou kunnen zeggen dat een aantal hulpverleners onzeker wordt van culturele verschillen en dan voorzichtig te werk gaat. Er is echter ook een aantal dat vindt met de reguliere middelen in de zorg deze groepen voldoende te kunnen bieden. Bij hen roept het apart bespreken van interculturele thema's weinig interesse of zelfs weerstand op.

7. Verschil tussen teams

De bespreking van cliënten liet individuele verschillen zien maar er is ook verschil tussen de teams. Een deel ervan wordt verklaard door de type afdeling waar de hulpverleners werken en de mogelijkheden tot en behoefte aan

intensiever contact met de cliënt en zijn of haar familie. Een ander deel van de verklaring voor dit verschil heeft te maken met de ervaring van individuele hulpverleners. In een team waar iemand jarenlang met asielzoekers heeft gewerkt, wordt in eerste instantie bij vluchtelingen problematiek naar haar gekeken. De cultuur in een team om met cultuurverschillen om te gaan, zowel onder cliënten als onder personeel zal ook een rol spelen. De etnische diversiteit was zeer gering, er werken meer vrouwen dan mannen in de GGZ-instellingen waar dit onderzoek liep en de leeftijd is geconcentreerd tussen de 30 en 40 jaar. Bij de medewerkers is niet naar andere variabelen gevraagd.

8. Vertekening

Met de conclusie dat hulpverleners een individuele analyse maken per cliënt en niet generaliseren naar etniciteit of naar het onderscheid migrant / vluchteling, is nog niet gezegd dat zij in de dagelijkse praktijk cultureel sensitief te werk gaan. Hier moet rekening gehouden worden met twee vertekeningen. De bespreking is vooral een beschouwing, waarin met name kennis naar voren komt. Bij cultureel sensitief werken gaat het ook om vaardigheden en houding. Die zijn hier niet gemeten.

Een tweede kanttekening bij deze conclusies is dat door de methode van dit onderzoek hulpverleners al bij voorbaat bepaald werden na te gaan of er sprake is van interculturele aspecten en welke interculturele competenties daarbij van pas komen. Of zij in de praktijk bij de behandeling van migranten en vluchtelingen telkens nagaan of er al dan niet sprake is van een bepaalde invloed op de problemen van cliënten, die te maken heeft met culturele achtergrond, is door deze interventie niet na te gaan.

Bijlage 3

Matrixen voor de analyse van de interculturele competenties

Socio-culturele variabelen

Casus: Afdeling

Datum

	Casus/feiten	Thema's - interpretaties
Gender		
Etniciteit		
Migratie		
Leeftijd		
Opleiding		
Religie		
SES		
Seks O&I		

Samenvatting

Interculturele competenties

Casus gekoppeld aan socio-culturele variabelen

	Casus/feiten	Thema's/interpretaties
diagnostiek		
contact		
Ps educatie		
begeleiding		
behandeling		
gezinscont		

Simply Exceptional

Summary

Migration and its developments in the multicultural society of The Netherlands lead to political and sociological discussions. The political discussions center on the right of admission into Dutch society and the policy for the integration of migrants and refugees. These discussions coincide more and more with public debates regarding integration, the Dutch identity and a presumed threat from Islamic groups. The subject has become a matter of increased interest and controversy.

Organizations in the public sector are more concerned with intercultural issues because their clients; especially those from larger cities, are representative of more diversity. These differences comprise ethnicity, cultural background, socio-economic status and global viewpoints. Mental health care in the public sector will be the focal point.

The Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Mental Health Care Institution began rather hesitantly in addressing issues about migrants. However, in the mid 80's they became forerunners in devising theoretical models for the care and treatment of migrants and refugees. The GGZ's use of out-patient care was gathering momentum among the Dutch population and this surge, though with some delay, was also to be seen among migrants and refugees. We can see it as an intricate network of organizations and health care institutions all involved in interculturalization. The word interculturalization is a Dutch fabrication and stresses that the admission to and the quality of care for a multicultural population can be analyzed and improved subsequent to the use of a comprehensive organizational vision. This entails more than translated explanations of the health system to groups unfamiliar with it. It is more concerned with a reassessment of procedures, an increased sensitivity to cultures and the establishment of intercultural policies for the health care professionals. This, all within the vision of multicultural care.

Discussions and publications about intercultural care form the basis of this thesis. An analysis will be made of developments in the discourse of mental health care professionals in the GGZ in the period 1972 to 2009. The discourse begins with the analysis of governmental policies on immigration and integration. These policies established a framework for organizations within the public sector and thereby lay the foundation for developments within health care service. This service and the use thereof, is the following theme upon which the discourse will be analyzed. In the course of time these groups changed in actual numbers as well as in the issues they view and deem problematic. In the discourse a distinction will be made between target groups, theoretical models and therapeutic practices. The discourse is based on secondary sources, publications about health care for migrants and refugees and is supplemented with empirical research on care for asylum seekers and the development of intercultural competence. Since 1982 I have been working in the health care

sector for the youth and will use the practical experiences gained to illuminate the discourse in three of the four periods.

Before beginning with the various periods which this discourse covers, the following is the scientific perspective and methodology of the research.

Scientific Perspective

The research on the discourse about migrants and refugees in the GGZ is conducted from a socio-scientific perspective in which various other positions are prevalent. As a cross-cultural psychologist, I am more interested in identifying different justifications for health and care than in comparative cultural studies. The master's program on interculturalization at the University of Utrecht has been an important source of inspiration. In this program scientific disciplines such as sociology, anthropology, psychology and organizational science come together. These experiences have broadened my scientific horizon. An analysis of context, political posturing, social developments and socio-economic status are, in my opinion, essential for a thorough understanding of the developments in care and therapeutic practices. This will clarify the use of my scientific position in the analysis of a discourse and critical psychiatry.

I will use this discourse as an instrument for analysis within a defined arena of knowledge and social practices (Foucault 2006) in establishing the target groups, theoretical models and therapeutic practices. The discourse can additionally be used in such a way as to encapsulate the construction of the actual situation and give meaning to certain phenomena and interactions (Fairclough, 1992). This more comprised discourse is about social relationships, methods of inclusion and exclusion and the proposition of questions as to who determines which divisions will be employed.

Critical psychiatry focuses primarily on the myth of objectivity and the validity of clarifications for mental ill-health in traditional positivist psychiatry. This approach not only addresses the psychiatric practice with migrants and refugees, but draws attention to the lack of a social and a family context in the analysis of aberrant behavior.

Methodological Accountability

The aim of this thesis is to give insight into the practices of health care professionals and the care of migrants and refugees. The discussion thereby provides a foundation for culturally accountable care and intercultural competence.

The primary question is how the discourse on migrants and refugees of the health care professionals has changed since 1972. This question is divided into 4 subcategories.

- What is the framework governmental policy and care system for health care for migrants and refugees?
- How are the various target groups constructed?

- Which theoretical models for health care professionals have been developed?
- What is the currency of the therapeutic practices of the health care professionals?

The method chosen is an analysis of secondary publications, empirical research as to the interaction between health care professionals and migrants and refugees and, finally, an analysis of the experiences gained in the field. The secondary publications originate from journals each with specialized subjects about the GGZ, symposium commentary and iconic publications about migrants and refugees and multicultural care. The empirical research involves the treatment of specific groups of migrants, refugees, asylum seekers and the intercultural competence of health care professionals in the GGZ.

For clarity, here, a definition of terms. Foreigners are defined as individuals, or one of their parents, who are not born in The Netherlands. As is measured by the degree of prosperity in the country of origin, an additional distinction is made between western and non-western foreigners. Subsequently, by definition, Japanese are western and Chinese, as yet, are non-western. In The Netherlands, migrants originate from Suriname, The Netherlands Antilles, Indonesia, Morocco and Turkey. Refugees originate from various countries and distinguish themselves on the basis of the compulsory nature of their immigration. Asylum seekers distinguish themselves from refugees on the basis of their pending judicial status.

The analysis and description of the discourse on health care professionals in the GGZ regarding migrants and refugees will be organized into four time periods. This categorization is based on sociological developments, governmental policies on migration and integration and the response of institutional health care professionals. Each period is marked by specific moments, such as the publication reports, a change in policy or political decisions.

1972	The 'Platform for Medical Care for Foreign Workers' was founded and discreetly acknowledged the existence of migrants in The Netherlands.
1983	Publication of the Minority Report. This is the official recognition of migration and discards the concept of the transient nature of migration.
1993	No clear initiation for this period. However, from 1993 organization pay more attention to care for refugees. The number of asylum seekers coming to The Netherlands grows.
2002	Mayhem during the parliamentary elections in which Balkenende formed two cabinets. The governmental policies implemented for interculturalization come to a subsequent end.

The discourse on migrants and refugees in the GGZ will be summarized in four periods.

1972 – 1983

The description of governmental policies begins earlier than 1972 subsequent to convoked debates in which arguments about immigration and integration became more prominent in this period, with reiterations in future periods, as catalyzed by the arrival of the Indonesian-Dutch.

In the period 1972 – 1983 The Netherlands was officially a country for emigration, however there is a clear shift in determining the best way in which to approach the situation of migrants and refugees coming to live in The Netherlands. Emphasizing the preservation of language and identity was ceded in anticipation of migrants repatriating when the economic urgency to work had subsided. The Committee Blok which evaluated policies on integration in 2004 gives voice to categorical policy in this period.

In 1972 the founding of the Platform for Medical Care for Foreign Workers marked the beginning of this first phase as it indicated that migrants required specific health policies and provisions.

Until their independence in 1975, the Surinamese were considered compatriots and had the right to establish themselves in The Netherlands. A large percentage of the Surinamese population took this into consideration and The Netherlands allowed the admission of individuals from diverse social classes. These, in contrast to an earlier situation, were not individuals who themselves were able to finance their journey or those who came to further their education or those that came with their employers.

A view of the care system in effect started earlier than 1972 because the developments in residential care are important in understanding the developments in out-patient care. More therapeutic possibilities and treatments were available in the institutions due to medications and critical trends in psychiatry.

In the construction of the target groups it becomes apparent that an emphasis is placed on cultural differences. The vast majority of migrants and refugees prefer to maintain their own cultural identity. An insufficient knowledge of the Dutch language would prove to be an obstacle in fully participating into Dutch society. This is particularly relevant to Moroccan guest workers and comes as no surprise as this is in line with the persistence of government policy for economic migrants. The core of the problem faced by this group is confusion as to their own identity and the inefficacy of the Dutch health care system and its inability to improve their societal problems.

There is also mention of guest workers from other countries, namely Suriname and other South American countries. In portraying the Yugoslavian guest worker, depression and paranoia are prominent. Surinamese with a Creole background are influenced by “Winti” traditions. Refugees from South America maintain complaints consistent with violent situations and adapting to the Dutch culture. The latter group is viewed with exception. New methodology and points of

reference are available, however new methods for treatment have, as yet, to be developed.

The theoretical models are centered on the relationship between migration, psychiatric disorders, depression, paranoia and traditional healing methods. Migrants are familiar with these practices and use them frequently. There is a need to recognize, legitimize and compensate these forms of medical practice.

The therapeutic practices are not extensive and the tone in writing about them weighs lightly. "This is merely the start and we will have to learn to adapt to these unusual migrants". This is the tenor of the discourse about health care professionals and migrants from the period. When confronted with difficult situations, there are many instances when migrants express physical complaints which they themselves do not view as psychiatric. Health care professionals have their reservations about the care available for migrants but are positive about the future of intercultural care. This is merely the beginning.

1983 – 1993

In the Minority Report of 1983 The Netherlands recognizes itself as a land of immigration. The procedures for administrating the backlog of migrants had to be expedited more efficiently, however establishing of the necessary institutions for care was beyond their realm.

In this period out-patient care facilities, for mental health care, handled more clients than the intramural sector despite a small growth in the latter. In the metropolitan area, The Regional Institute for Out-Patient Mental Health Care (RIAGG) set up special programs for migrants which resulted in an increase in the use of these services. In other regions there was no concrete information or the imminence to examine or improve the existing health care system for migrants.

Also in this period the discourse on health care professionals in the GGZ and migrants focuses on the ethnic and cultural differences. The distinguishing cultural aspects of their background were over-emphasized. Migrants were viewed as those who were to contend with discrimination, racism and abandonment. This image of the migrant illuminated the fact that these people live in between two cultures. They no longer make a concerted effort to maintain their own cultural identity and are disappointed with the opportunities presented them in The Netherlands. Additionally, racism proves to be an important aspect which compounds the social stress factor. They find themselves in an unstable and imbalanced situation with the loss of, from Limburg-Okken, "goal-oriented stress". Non-western migrants think that the cause of psychiatric problems could be a result of a disturbance of the balance in the societal environment. These complaints are sooner somatically expressed rather than verbally thereby making it difficult for the health care professional to find the connection.

The publications from Lamers and Limburg-Okken and the special subject periodicals from The Journal for Mental Hygiene (MGv) bare witness to an era of discovery. They realize that this is merely the beginning of a process and that other approaches will be considered. They do not shy away from self criticism. That the health care professionals failed the migrants is owed to their ignorance and the absence of empathy for the target group.

The anthropological aspects of culture and health can be instrumental to the health care professional in the development of theoretical models for intercultural care. It longer suffices to look solely at cultural differences between The Netherlands and the various countries from which migrants hail, but one can realize that migrants are living in a “condición migrante”. The temporary stay has become permanently temporary. A subsequent “transitional culture” is then created. A clear distinction is made between those from “Dutch soil” and the various migrant groups who all have much in common.

Trans-cultural care must be rooted in understanding the importance of considering different views of the world, religious convictions, eating traditions and assembly practices. For the migrant therapist it is not only important to cope with a difference in language, but also the ability to adjust ones attitude towards a better understanding of, a respect for and a bridging of the gap in the cultural divide. Migrant health care professionals are characters of a special ilk and do not always receive the respect they deserve for their efforts. Health care professionals ask amongst themselves if the work they do is actually compliant with the dictates of their profession or is it simply nothing more than visiting and having tea? Health care professionals who are primarily responsible for the care of migrants advocate a professional training for other health care professionals to better equip them in connecting to and understanding the culturally diverse backgrounds of migrants.

The emphasis on cultural difference is not taken lightly and comes with a warning: the undesired effect of an exotic psycho-pathological interpretation from the western therapist can lead a migrant to seek help at the GGZ in vain.

Baring in mind the social responsibilities of the health care professional, the GGZ attempts, in various ways, to alleviate the effects of stress caused by social deprivation. The GGZ can evaluate prejudiced ideas in anti-racism trainings. Instructors discuss somatic and other cultural differences, but warn against amplifying the differences. Perhaps it is a matter of having more problems simultaneously as opposed to different problems all together. A point made is the lack of enthusiasm on behalf of the health care professionals in the initiation of other alternatives for treatment. It is thought that migrant health care professionals can bridge the gap between the migrant clientele and that knowledge about migration takes precedence over that of culture. The difference between knowledge about migration and culture is summarized by the psychiatrist Sieval (1987) who devised a systematic approach to working with Turkish and Moroccan clients. Based on a case-by- case account she explains:

identifying the manifestation of the problem of a patient is only to be understood with a sound knowledge of migration which is completely

different from knowledge of culture. It is no longer relevant in knowing what were and are the specific cultural ideals in the country of origin, but more so how this specifically relates to the situation of the migrant and what meaning and value is given to the immediate situation. Immigration has turned many Turkish and Moroccan families into multi-problem families and this is, indeed, a sociological phenomenon.

Health care professionals are self-critical and open to change. There is an air of optimism and much to learn.

1993 – 2002

In this period governmental policies on immigration were dominated by the flow of refugees into The Netherlands. In the newly established Immigration Law (2000) the emphasis was placed protection specifically on a temporary basis. This decision could be later overturned thereby granting permanent residency. Debates about immigration were influenced in 2002 by the rise of Pim Fortuyn. The elections in 2002, which took place 9 days after his murder, were completely in the grip of this event. There was nearly nothing positive to be said about integration: especially with the murder, in 2004, of Theo van Gogh looming overhead. Prior to these events criticism about integration could already be heard. The article "The Multicultural Drama" by Scheffer was being debated in the lower house of parliament. The Minority Report was seen either negatively or, at best, somewhat ambivalently. The Minority Report was officially known as the Integration Policy in 1994.

In the health care system migrants can receive care, sometimes by special teams, in mainstream institutions. There are separate provisions made for the care of refugees and asylum seekers thereby creating a large gap in care for the two different groups.

In general, there is a significant demand for the health services provided and steps must be taken to keep the costs in check. Based on the city and the type of health care services provided, ethnic minorities, in comparison, do not make comparable use of the health care system. There is no information about migrants with psychiatric problems who make no use of the system. In centers for the treatment of migrants with addiction problems - a substantial group, no use is made of this type of care.

In the discourse on the target group, with exception to the differences between migrants and refugees, migrants are divided into sub-categories. Moreover the Surinamese, Turkish and Moroccan population is not seen as being all too different from the indigenous population. The manner in which they cope with their complaints does not vary significantly from that of the Dutch. The migrant population is naturally more mixed and the second generation, in numbers, is considerable.

As the target groups begin to share more similarities with the indigenous population, it could be anticipated that the development of theoretical models would not be necessary in understanding the problems of this group. This is really not the case completely. In this period a lot of attention is given to cultural sensitivity, cultural differences by depression and autonomy. The health care professionals are looking inward in an effort to find a solution to bridge the gap between them and the migrants. In this model the groups involved are more homogeneous from nature.

In clinical practice we can see examples of the possibilities of bridging the cultural divide. These examples are somewhat suspect in that there may be merely subtle differences that had yet to surface. Conflict can also exist without one being cognizant of it.

Lastly, here, a comment about an attempt at governmental support for interculturalization. In no other period has the need for structural policies been so pronounced. Much happens in practice; however these efforts will have no chance of surviving without governmental intervention in interculturalization. Health care professionals are less tenacious beginning to question whether or not their efforts are fruitless. A sketch of this doom scenario (van Meekeren. 1985, page 5)

...Foreigners wait until it is too late when seeking help from the GGZ. In that several problem areas are given the same diagnosis, health care professionals with little to no knowledge of this group assess them as they would the indigenous population. Interculturalization is the order of the day, however its effect are miniscule.

Van Dijk in attendance at the same conference

...Gradually, the trusted litany of bottlenecks has become a foundation for the myth. Or is this a spell? The question of whether or not advances are being made in migrant health care still arises.

The question also arises as to how foreign clients are stereotyped in mental health care.

Such stereotypes as: non-understandable, what is said is not understood, non-empathetic, non-treatable. The foreign client is a negation of the idealized native.

In the end there was support from the government. In 2000 minister Borst agrees to a subsidy for interculturalization. The time frame is too short, until 2002, to know if this will yield anything. For many, the year 2002 will usher in a year of significant changes. At the end of this period we can conclude that migrants and refugees have found their place within the GGZ. More and more health care professionals are involved in one way or the other with the care of this group. The opinions of the health care professionals and institutions about asylum seekers vary.

2002 – 2009

Governmental policy on immigration and integration since 2002 is not new, however the focus has been significantly sharpened in two directions. To officially enter The Netherlands has become increasingly more difficult for asylum seekers as well as for those who are married, each living in separate countries, and the requirement for migrant assimilation is more pressing. The social climate is critically more negative towards ethnic minorities who are now seen as belonging to one large group. The Islamic identity is emphasized even by those who do not view a religious affiliation as part of their personal identity.

There should be no differences which could justify special attention being given the health care system. Should a migrant require special care or different approaches this can be seen as a sign of poor integration? Migrants, themselves are solely responsible for rectifying any differences. However, it is good if, through developments or the offering of categorical care, economic prosperity results. From 2005 we see initiative in this area.

The terms used for the target group are new-comers or migrants. The difference between migrants and refugees is becoming less pronounced. Miakdo and Pharos now focus on both groups with ethnicity of the clients no longer being the primary determining factor in the construction of the group.

The diversity of the groups, not so much as in comparison to the indigenous population, but in terms of the ethno-cultural groups themselves give the group a different character. Increasingly, we can no longer speak of “the Moroccans” or “the Hindu-Surinamese” The consequences of this is a more individualistic approach. In the same breath, we see an increase in hostility toward ethnic minorities in general. Foreigners could be afraid of confrontations with the Dutch who see a terrorist in every Muslim. This situation lasted for some time because in 2005 the editor of The Journal for Mental Hygiene (MGv) wrote that the GGZ is:

feebly advocating “interculturalization” and are not against bearded sociotherapist or nurses with a headscarf. However, they, more so than any intelligence agency, have a view of the inner workings of foreigners. (Bos, 2005, page 675)

In practice, it is gradually becoming more apparent that ethnic and cultural differences have little significance upon which a specific approach can be based. Intercultural competencies are more involved with analyzing and responding to cultural orientation and realizing concurrently that the professional himself has an orientation as well. Health care professionals; especially those from the metropolitan area, can no insist that they “have nothing to do with foreigners”. Trainings in health care have yet to advance to the degree where, upon completion, the students are full-fledged multicultural therapist. However, the

development of profiles in intercultural competencies and the discussions these initiate contribute to an increasingly more multicultural GGZ.

Rubs and Hinges

In the discourse on migrants in the GGZ we come up across many issues that, to some degree, cause problems because they conflict another discourse. There is a rub, friction, because the two discourses appear to be in conflict with each other. This could explain why interculturalization, as a novel idea, changed into a slow and exhaustive countermovement. If it were possible to link the underlying discourses, interculturalization would again be on the move. Instead of friction there would be hinging. Here is a brief summary in which friction is apparent and where hinging is a possibility.

Not welcome, but adapt as soon as possible.

The government policy on immigration is a consistent train of thought. Immigration must, by all means, be limited and controlled. In public debate a stereotypical image has more or less become dominant for various groups of migrants. Because of their culture and physical stature, Indonesian-Dutch would presumably not be able to assimilate into The Netherlands. The Surinamese are supposedly criminals and the asylum seekers strive proposedly for economic gain through political means. There is an incessant stressing of the risks that migrants bring with them when they come to settle in The Netherlands.

They, just after having crossed the border, are expected to make the adjustment swiftly. The most notable example of this is the change in the opinions about the Indonesian-Dutch, who were, in the end, seen as a group which assimilated quietly into the Dutch culture.

Friction ensues with the assumption that ethnic minorities maintain their own cultural background. In the policy this is reflected in the change of how cultural identity is valued. Initially, the policy on integration had a defined purpose for cultural identity. In these first instances maintaining cultural identity was important because a swift repatriation was anticipated. Subsequently it was thought that, with the aid of their own organizations, perhaps they could assist migrants in finding their own place within Dutch society. However, thoughts about this changed in the course of time. The risk that migrants would maintain their own culture in lieu of adopting Dutch norms and values became an important point of reference for the policy. Discussions about dual nationality, separation of church and state, women's and homosexual emancipation, female genital mutilation and honor killings are all to be seen in favor of the rejection of the maintenance of cultural identity and a basis for advocating the assimilation of migrants into the Dutch standards.

Initially migrants were not welcomed. Afterwards they had to become Dutch as soon as possible and not in a constitutional sense, but culturally.

From combating the deficit to abating the annoyance

In the area of health care for migrants we see a to and fro over the question of how can we combat the deficit and discrimination to the question of how can we suffer the burden of migrants in society without having to give them special treatment. It has become unthinkable to offer migrants special amenities. Migrants are solely responsible for bridging the language and cultural divide.

Combating the deficit via the governmental route happens with trepidation. In an earlier discussion it was mentioned that by using interpreters and providing information, all in line with the policy, enough was being done for the task at hand. Government policy did not impose a restrictive framework for institutions, and the services they provide, to be multicultural and even provided a substantial (financial) program to this end.

With the change in tone of public debates this period of grace ended and the policy changed to one which no longer funded projects designed specifically for migrants. At the same time, the policy makers gambled that the increase in the integration of migrants would result in the use of the mainstream care system. After the period 2002 – 2007, in which little reference was made to cultural differences, we see that the existing programs and practices are assessed for general use including that for and by ethnic minorities. It is not clear how adequate or comprehensive, in the scope of education and research, multiculturalization is.

Back to square one

In the most recent governmental plans and especially in the new program from the ZON-MW (2008/2009) we see an attempt at giving questions about ethnicity and health renewed attention. The question is if the differences between ethnic groups can be sufficiently proved in the study.

To balance the scale for research Bekker en van Mens-Verhuist (2008) conducted a study specifically for the GGZ. Conducted under the auspices of Zon-Mw, this programmatic study on “ethnicity and health” is about the GGZ and diversity and prevalence and quality of care. The conclusions are that much research has been done, however “we are absolutely at the beginning” Bekker en van Mens-Verhuist found many projects in which hypotheses are raised about the quality of health care for migrants, however insufficient evidence is available in proving the effectiveness of the specific interventions. For them priority is given to an impact study followed by research into the input within and GGZ’s quality of the care for ethnic minorities. The third priority is in integrating prevalence research into existing systematic measurements. This is an example of the framing or disciplining of diversity.

We can see that in the discourse on multicultural and intercultural care efforts have been made to include intercultural differences in education and research. This also applies to policy for institutions of care with respect to quality. This can be seen as a general framework aimed at the improvement of the quality of care into which intercultural aspects can be readily incorporated. One of the problems in identifying health disparities or in determining the effectiveness of specific interventions is that, conventionally, large groups are used. Subsequently a breakdown is inevitable and one resorts to the simple breakdowns such as ethnicity or having parents who are born outside The Netherlands. Determining target groups is problematic as we have seen in the periods in which groups were classified on the basis of ethnicity or when different groups simply were collectively classified as ethnic minorities. In looking for and identifying difference in group classification there is the risk of making inaccurate classifications.

They should not think for themselves

With the initial recommendations for improving health care for migrants there is talk of categorical provisions. For the longest time the reference point was mainstream whenever possible and categorized should need be. This need had to be clearly justifiable. This proved, moreover, less challenging in light of the health issues of refugees. Categorized provisions have been established for Moluccan addicts.

Also of mention within mainstream institutions is the emergence of separate departments or specialized teams for specific groups. We have described many instances to this effect.

With the establishment of the NOAGG in 1995 and later the I-Psy in 1997 we see that a sector of the care system was uncomfortable when migrants claimed they themselves can organize care tantamount to or better than that on offer. This creation of specific facilities was seen as a stab in the back. The interculturalization movement acknowledged that care for migrants was inadequate; however they reasoned that 'they' should not run away just at the point when we are almost there.

Level playing field

Facilities not specifically designed for ethnic minorities were also becoming increasingly more involved. Here, the principle of equality is applicable: we offer the same services and assistance to all clients. However, in times of difficulty, cultural differences can easily be laid at the feet of the client. The client is then required to behave in accordance with Dutch norms and values. The rights that a Dutch client would have and claim are not equally monitored.

Thinking about differences

We have seen that different characteristics are and were attributed to different groups of migrants which distinguish them, as a group, from those from "Dutch

soil". Initially, it began with the culture of the country of origin. "Winti" would play a major role in the Surinamese culture, in the Moroccan and Turkish culture family ties and relationships are important to the degree that there appeared to be a collective culture which influenced personal development, aberrant behavior and the ability to cope with disease and health.

Refugees were stereotyped as survivors and victims of loss often associated with war and political oppression giving way to trauma-related reactions and complaints. Asylum seekers would be a separate group of refugees due to the uncertainty of their status and awaiting the decision thereof while living in significantly worse circumstances which the "normal" population would find unacceptable.

The problem of acculturation is applicable to all groups of migrants. They must try to reach a balance between their inherent norms and values and those of Dutch society.

Thus far Dutch society, with its norms and values, was not threatened by the differences. Immigrants are different, it should be explained how things are done and they are allowed to maintain their own identity.

The turning point is the Rushdie affair in 1989. Rushdie wrote "*The Satanic Verses*" which contained offensive passages about the prophet Mohammed. A subsequent fatwa was issued by the Iranian spiritual leader Ayatollah Khomeini. The western world was shocked and expressed the irrevocable right to freedom of speech. Not only spiritual leaders, but large groups of Muslims challenged western values. Freedom of speech and generally accepted western values were also a topic for discussion. In the wake of the attack on the Twin Towers in New York on September 11th 2001. Making the distinction between fundamental and moderate Muslims was not clear to everyone and the "Muslim" is therefore a threat to western society thereby to the Dutch as well. In the civil discourse on migrants it is clear that Islam has become the differentiating factor and this factor, which is seen to be negatively charged, has been deemed a danger. Religious practices such as the wearing of the headscarf could prove obstructive for integration into Dutch society. In the discourse on intercultural care this factor and its consequences for migrants who feel cast aside is barely audible.

The Implicit Discourse

In theoretical models, cultural sensitivity, on behalf of health care professionals, is a key concept. In many instances the cultural background of the workers remains somewhat ambiguous. This is about assumptions which, for health care workers, are so self-evident, they are indisputable. Derrida speaks of that which is clearly obvious and requires no further explanation. However these assumptions are acted out in disguise in the implicit discourse on health care workers for migrants. We have come across a few of these assumptions. First, the GGZ is an organization who focuses on the problems of the people and the minds of the people. Problems which could be related to societal factors are, in principle, not a subject for therapy.

Serious attention is given to emancipation, combating oppression and the promotion of equal right; especially gender. Health care professionals are aware of the difficulties women face in choosing for themselves and striving for more autonomy; especially when oppressed by their partners and when violence plays a role. Gender in combination with ethnicity continuously leads to heated debates among health care professionals who find oppression unacceptable. An implicit discourse on autonomy stresses freedom of choice; even if that means breaking family ties.

Such a choice would sooner lead to happiness juxtaposed with adapting to the expectation of the family. It would appear that the western scenario of maintaining your own course and standing on your own two feet are barely called into question.

Relationships should not merely be equal, but should also have a romantic origin. Forced and arranged marriages, even with consent of both partners, and import brides and grooms lead to little understanding amongst health care professionals.

A variant on the assumptions of emancipation is the emancipation of homosexuals. Doubts about approaching homosexual Islamic men appear to be less reasonable than that of women who are trapped inside a gender-role. Apparently, the emancipation of homosexual men is more controversial than that of women. Health care workers can easily imagine that the families of these men will be opposed to any such “coming out” and that this dilemma could jeopardize any such further discussions of the issue.

Culture and Culturalism

The discourse on migrants in the GGZ is laced with references to culture. In instances where health care workers and clients come from different ethnic and religious backgrounds culture will often play an important role. Culture, for migrants, is generally a more comprehensive concept than for the indigenous population. With regard to culture, the latter go as far as family history, and in some cases to religion, but then no further. In the case of migrants, frequent references are made to what should belong to the norms and values from another country, cultural group or religion.

From experience health care workers know that the cultural divide can only be bridged by building up trust. In reports from symposia there is constant mention of “transcultural optimism”. This means that health care workers are positive about bridging the cultural gap. This we know primarily from refugees. For some workers, refugees were the groups with which they could identify. Culture is then not, by definition, problematic.

The flip-side of the use of the concept culture is culturalism as is critically pointed out by Schinkel. He thinks that the use of culture in care is aggressive and racist because it labels people on the basis of character and not on the basis of what they do. The rub remains in the use of culture as a concept. This is about

recognizing the use of culture as a group characteristic for individuals without verifying whether they differentiate themselves from the culture.

Court Jester

For some health care workers it appears that interculturalization is something done by others, specific colleagues or a team. At any rate, they do not feel the need to either identify or resolve intercultural issues. It can prove frustrating for those who do make an effort in addressing these issues. Sometimes intercultural workers get the impression that they are jesters of the court who are entitled to speak every now and again, but never taken seriously. The jester knows he is sometimes allowed to put his finger on the sore spot; however he should have no ambition of becoming a priest. Not taking the accessibility of migrants seriously is one point and the moralistic finger of the necessity for interculturalization is the other point.

Hinges

Differences can also lead to tangents to the point where the attachment makes it clear that one is still associated with the existing discourse but opens the door to new influences. The debate about immigration, health differences and intercultural care is lively and new insights are constantly introduced. Typically, a definition of the problem cannot be agreed upon. This has to do with how one thinks about the target group but also how one can scientifically support the argument if there are differences and what these mean. Dealing with differences dictates that people have equal rights and are able to make decision independently. Approaching everyone as an individual, something which the GGZ health professional attempts, can be a pressing matter when thinking in terms of group differences. Multiculturalization is based on thinking in term of group differences (Malik 2009). It is an art to deal with the tension between individuals and groups. This is the hinge which connects to the demand for increased creativity and the ability to think outside the box.

Why don't we know what the problem is?

In each period, which was analyzed retrospectively, an image of the problem arises about the discourse of GGZ health professionals. Initially the migrants were unfamiliar with the GGZ, then they had other explanations for their psychological problems, after which the accent was shifted to the health care professional who was required to gather more information in order to be able to work with migrants and finally as of 2002 more attention was given to the marginalized, among which migrants are included. As was mentioned previously in the civil discourse, religion is in the spotlight and this is virtually absent in the discourse of health workers.

Now in 2009, what is the problem for health care professionals? There is naturally an array of different opinions which typical belong to a debate. We will hear a few of these opinions.

There is no longer a target group

If our point of reference is a multicultural society in which, in the past years, we have seen many differentiations, then after some time an end will come to speaking of migrants and ethnic minorities as a group. This argument is reflected in the search for the factor which makes the difference in a population. In some instances it is no longer ethnicity or religion but a totally new variant. This is an attractive argument as everyone can be anything -. there are no more labels based on certain personal characteristics. In some situations this will happen, however if we look at the public debate, this is a far flung ideal. In this debate there is constant mention of group differences. What we would like to carry over from this reasoning is that the target groups, migrants and refugees, have changed significantly in terms of size, composition, cultural orientation, participation in society, health and position in intercultural interaction. A hinge, to a viable meeting, can be achieved by no longer thinking in stereotypes.

A perfect world

In a perfect world, that is, a world in which everyone receives excellent care, where there is no discrimination and all are treated equally, health care workers treat individuals and their families without prejudice or stereotypical images which can be an obstacle for real contact. The contact between the health worker and the client is good, warm and one feels comfortable with each other and each others difference. Clients are then able to express themselves in a way that feels best to them and thereby assist the health worker in finding the most appropriate approach. Differences are handled with respect and inquisitiveness. This is how it should be with all clients regardless of the difference in culture. This does not preclude that language, country of origin, migration, age, gender, educational level, love, children, work, residence, creativity, character, religion, spirituality or political notion should play no role.

What this is all about is that thinking, from a point of individual differences, can readily be replaced by the knowledge that we receive about groups and the one or more aspect that both have in common. Malik points out the effects of multicultural approaches in which group norms and values are the reference point for making the differentiation.

It shows a lack of self-confidence when diverse groups in society are not all approached as being from the same nation. They (politicians and policy makers SK) decided to take the easy path to multiculturalization and are now paying the price.
(Malik in NRC 1-8-2009)

In care, professionals should have sufficient self –confidence and not resort to a multicultural or group approach, but continue to be guided by the analysis of the individual. We think confidence is not inherent. The familiarity with and the ease

with which cultural differences are dealt with are contingent upon more factors than acquiring intercultural experiences in health care. Health care workers confronted with cultural differences and not only the most obvious differences such as gender and age, but ethnicity and migration, in their personal lives outside the confines of the consultation room, will possibly be more differentiated in their thinking about the relationship they have with clients during the treatment session. There is an increased number of people for whom diversity is commonplace.

It is not the policy (multiculturalism SK) that transformed The United Kingdom but the social changes underneath the surface such as the economic prosperity in the 90's. There is, however, a new generation which is accustomed to and at ease with diversity.
(Malik in NRC 1-8-2009)

Knowledge about migration, different cultures or different explanations for health and sickness do not necessarily facilitate an open attitude towards diversity. We cannot equate the number of symposia and publications with a more differentiated way of thinking about migrants or familiarity in situations of seemingly great intercultural difference. We can also look at exercises, simulations and films created to illuminate the reactions which they themselves feel when placed in an uncomfortable underdog position. The fact that these exercises lead to a better understanding, sometimes an eye-opener, leads one to believe that the assumption that cultural sensitivity can be learned with ease, is naïve. This gives us food for thought about how migrants may experience their interactions with therapists.

Rights and Empowerment

Dealing with differences gets easier in the face of equal rights. In the perfect world this point would be taken for granted. Should one take the risk of highlighting differences that could disadvantage, discriminate and exclude, then the tendency would be to either hide this difference or to find an environment that welcomes it. There is no necessity for women, homosexuals, people of the same age, migrants or the equally politically-minded to be tucked away in their own organizations, however they feel more at ease by doing so. In all instances they are dealing with the dominant group from which they, due to a singular aspect, are excluded. The degree of ease with which they deal with this depends upon the situation. We know that the dominant not simply relinquish its power position and will use more diversity to its advantage. Fighting, demanding equal rights, a positive identity with and a differentiation from members from subcultures make the process of emancipation easier. This would be the beginning of equality and a course to the ultimate basis - civil rights. Health care workers need not directly break down the political barriers, however can safely assume that migrants are an integral part of their clientele and must be treated with respect.

Human rights and empowerment are interrelated. In care, this means the right for individuals to choose the type of care or organization that best suits their

needs. Important is the choice between a mainstream or a specialized facility be based on a right complete information, access and empowerment. This would mean one truly has choice. This is more from the perfect world than the reality. One knows not what one does not know and is not familiar with all options or how these can be reached with ease.

More than intercultural competencies or cultural expertise

Our attempts at giving a matrix to organizations for interculturalization (Bellaart, 2001), articulating intercultural competencies of health care professionals (Kramer, 2004) and making analysis of care in terms of cultural expertise (ZonMw, 2008) is as yet insufficient.

These specifications can be useful in making changes in organizations or (re)educating health care professionals. The point is how these schemes are used in practice.

Also of note is the hesitation which some organizations and workers seem to have in seriously directing their focus on this and also on the veil behind which interculturalization is sometimes shielded. This hesitation is often due to a lack of a sense of urgency. Many change processes are operating simultaneously and, as in the past, in assessing proof of effectiveness, the question as to the necessity of an intercultural project arises yet again. The spirit in which the interculturalization movement testified is still there. Attendees of the jubilee conference *Colored Crazy* (2009) bore witness to this. However, we also see examples of applications rationalized by “it should”. A policy is incomplete without the inclusion of a paragraph on interculturalization. Then everything, from all other policies, is hastily cut and pasted producing a lifeless dangling attachment. It then becomes impossible to discern which target groups are in question or which problems are addressed by the analysis or recommendations and a mash is brewed from the various sources and periods and no one is the wiser. Then interculturalization is no longer merely a routine but has turned into a monster. With projects such as these it is perhaps best to ascertain from which viewpoint or degree of commitment one begins. This, not from a standpoint of moralistic judgment in terms of legitimacy, but in an effort to keep a grasp on the reality of the situation. Sometimes incitement from the Board of Director can be a hinge for a new review of the intercultural process.

Complex, however, necessary

Based on aforementioned concerns and arguments we could lose courage to further our engagement in interculturalization. This would do no justice to the disparity between ethnic minorities and the indigenous population which we see in nearly every level of society. We do not live in a perfect world. There is as yet a need for commitment, strife and involvement. The complexities in the treatment of mental illness and psychiatric disorders require that health care professionals and policy makers reduce processes to a manageable working format. In such a way we can do no more than abstract individual differences into generalizations. This is why we, with a degree of prudence, advocate a reassessment of organizational models directed towards multicultural competence and the implementation of intercultural competency profiles in education, professional

collectives and in the work place. We should constantly bear in mind that the reality of the situation is more complex, creative and multifaceted than we generally see in the models.

Literatuurlijst

- Abma, R. & Weijers, I. (2005). *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland*. Amsterdam, SWP.
- Bala, J. (1999). The search for resilience; refugees in treatment. *Culturen binnen Psychiatriemuren*, VII, 63-73.
- Bala, J. en Essen, J. van (2007). *Als glas in lood. Integratieve behandeling van vluchtelingenkinderen en -gezinnen*. Utrecht: Pharos.
- Baumann, G. (1999). *The multicultural riddle: rethinking national, ethnic, and religious identities*. New York: Routledge.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin* 117 (3) 497-529.
- Bean, T.M. (2006). *Assessing the Psychological distress and mental healthcare needs of Unaccompanied refugee minors in the Netherlands*. Leiden University
- Bekker, M. & van Mens-Verhulst, J. (2008). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid'* voor ZonMw.
- Bellaart, H. (2001). *Matrix Interculturalisatie. Voor begeleiding van het interculturalisatieproces in de sectoren Zorg en Welzijn*. Utrecht: Forum.
- Berg van den – Eldering, L. (1977) *Marokkaanse gezinnen in Nederland*. Alphen aan den Rijn, Samsom Uitgeverij.
- Berry, J.W., Phinney, J.S., Sam, D.L. & Vedder, P. (eds.). (2006). *Immigrant youth in cultural transition: Acculturation, identity and adaptation across national contexts*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Beunderman, R., Savenije, A., Rijke, F. de & Willems, P. (2007). *Interculturalisatie in de Jeugd-GGz, wat speelt er?* Assen: van Gorcum.
- Blok, S.A. (2004). *Bruggen bouwen. Onderzoek Integratiebeleid*. Tweede Kamer der Staten Generaal vergaderjaren 2003-2004. 28 689.
- Boedjarath, I. (1994). Allochtone vrouwen en psychiatrie. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 71-78.
- Boedjarath, I. (1996). Ontwitting en / of inkleuring van de Vrouwenhulpverlening. *Culturen binnen psychiatriemuren*, IV.
- Boer, S. de (2009). *Marokkaan in Nederland, Hollander in Marokko*. Rijswijk: Elmar.

- Bogaard, J. van den & Can, M. (2000). *Over de grens*. Dutch University Press.
- Boland, G., Schmidt, M. & Tobin, M. (2008). 'Liever spelen dan praten'. GGZ-preventie in een creatief atelier voor kinderen van asielzoekers. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 04-08, p208-219.
- Boomstra, R. & Kramer, S.A. (1997). *Cultuurverschillen in de interacties tussen hulpverleners en vluchtelingen*. Utrecht: ISOR.
- Borkan, J. & Neher, J. (1991). A developmental model of ethnosensitivity in family practice training. *Family Medicine*, 23, 212-217.
- Borra, R. (2002). Depressieve Turkse cliënten bij de Riagg Rijnmond. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 98-108.
- Borra, R. (2005). Het diagnostisch interview Turkse vrouwen, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 678-680.
- Bot, J. & Kooyman, M. (1999). Seksueel getraumatiseerde, vrouwelijke vluchtelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 6, 630-640.
- Botman, M., Jouwe, N. & Wekker, G. (2001). *Caleidoscopische visies*. Amsterdam: KIT Uitgeverij.
- Breuk, R., Khatib Alaoui, N. & Jongman, E. (2007). Functionele gezinstherapie: de culturele inpassing binnen een forensisch behandelcentrum. In Beunderman, R., Savenije, A., Rijke, F. de & Willems, P. *Interculturalisatie in de Jeugd-GGz, wat speelt er?* p11-29. Assen: van Gorcum.
- Burger, J. (2004). Terugblik op 32 jaar OGM. In Het OGM van 1972 tot 2005. De Bilt: OGM.
- Burgers, E. & Engbersen, G. (eds.). (1999). *De ongekende stad 1: Illegale vreemdelingen in Rotterdam*. Amsterdam: Boom.
- Buijs, F. (1994). Gewoon of ongewoon? Evenwichtskunsten van jonge Marokkaanse mannen. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 21-23.
- Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing: A conceptual model. *Nursing Clinics of North America*, 29, p1-8.
- Chandie Shaw, P.K, Hoornweg, J., Limburg-Okken, A.G., Lutjenhuis, M.J.Th., May, R. (2004). *Migranten in de huisartsenpraktijk*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- Colijn, S. (1994). Het slechte(n) van een ivoeren toren. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 57-62.

Dahlal, F. (2006). Racism: Processes of detachment, dehumanization, and hatred. *Psychoanalytical Quarterly* 75: 131-162.

Dawes, A. (1998). *Psychologies for Liberation: Views from elsewhere*. Capetown: University of Capetown.

Dekker, J., e.a. (1996). Psychiatrische opnames in Amsterdam naar etnische achtergrond en diagnose. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1996, 140, p. 368-371.

Demiralay, S. & Koster, C.M.Th. de (1999) Turkse vrouwen van de tussengeneratie. Ervaringen met groepsbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 6, 605-615.

Derksen, E. (1993). Systeemtherapie en migranten. *Culturen binnen psychiatriemuren*, I, 13-18.

Dieperink, C.J., Dijk, R. van, & Wierdsma, A.I. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990-1998. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1, 87-97.

Donahue, E. M., Robins, R. W., Roberts, B. W., & John, O. P. (1993). The divided self: Concurrent and longitudinal effects of psychological adjustment and social roles on self-concept differentiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 834-846.

Doomernik, J., Ficq, B. & E. Mol (1999 en 2009). *Laat migranten het in Europa zelf uitzoeken*. De Volkskrant, 27-7-1999, bijgewerkt op 18-1-2009.

Dorff, I.M. (1981). Een therapeutisch geloof bij Surinaamse creolen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8, 656-667.

Dosen, A. (1981). Depressies bij Joegoslavische gastarbeiders. Grote verlangens en kleine verwachtingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8, 635-644.

Dijk, R. van (1996). Gedwongen migratie: kern van het vluchtelingenbestaan. In Jong, J.T.V.M., de & Berg, v.d. M. (1996). *Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie*, p21-33. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Dijk, R. van (1998). Samenvatting. *Culturen binnen psychiatriemuren*, VI, 6-10.

Dijk, R. van, Boedjarath, I., de Jong, J., May, R. & Wessenbeek, R. (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 55, p134-145.

Dijk, R. van (2007). Allochtonen of cultureel anderen – een discussie. *Cultuur, Migratie Gezondheid*, 0307, 165-173.

- Dijk, R. van (2009). Interculturalisatie in de GGZ: achtergrond, ontwikkeling en toekomst. In Sbiti, A. & Boedjarath, I. *Gekleurde gekte*. Rotterdam: Mikado.
- Edrisi, M. (2005). Omgaan met andermans haat. Behandeling na discriminatie op de werkvloer, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 745-755.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dlaglesh & M. Power (eds.). *Handbook of Cognition and Emotion*. Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Essed, Ph. (red.) (1984). *Alledaags racisme*. Amsterdam: Sara.
- Eppink, A. (1981). Hulpverlening aan buitenlanders: brokken opvangen of brokken maken? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 36 (7/8), 682-693.
- Fabrega, H. (1989). The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 277-290.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Feldmann, T. (2008). MOA opgeheven. Het werk gaat door. *Phaxx*, nr. 4, p. 5-8.
- Festen, T. e.a. ((1997) *Van dichtbij en veraf. 15 jaar RIAGG / 25 jaar NVAGG*. Utrecht, NVAGG.
- Flores, H. & Markx, O. (1981). Gevolgen van onderdrukking, geweld en ballingschap. Vijf jaar psychotherapeutische hulp aan Latijns-Amerikaanse vluchtelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8, 611-624.
- Foucault, M. (2006). *De woorden en de dingen: een archeologie van de menswetenschappen*. Amsterdam: Boom.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and Healing: A comparative study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Freyne-Lindhagen, M. (1997). *Immigrant women's pain – participation and recovery?* University of Örebro.
- Frijda, N.H. (1988). *De emoties: een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bakker.
- Friedman, A. (1992). Domestic violence and rape: the experiences of refugee women. In Cole, Ellen e.a. (eds). *Refugee women and their mental health* (pp 63-79). New York: Harrington Park Press.
- Geuijen, K. (2003). Asielbeleid en maatschappelijke context. In Grotenhuis, R. ed. (2003). *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.

- Geuijen, K. (2004). *De asielcontroversie: argumenteren over mensenrechten en sociale belangen*. Amsterdam: Dutch University Press.
- GGZ Nederland (2004). *Passende zorg voor een bijzondere doelgroep*. GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2004). *1000 bloemen bloeien...Tijd voor de oogst. Een overzicht van het Actieplan Interculturalisatie 2001-2004*. Amersfoort: GGZ Nederland
- Goetstouwers, L. (1995). *Publieksgroepenonderzoek RIAGG Zuid-Oost 1995; een studie ter ondersteuning en verbetering van het hulpaanbod aan allochtonen*. Amsterdam.
- Gomperts, W. (2005). Herkenning en verschil. Psychoanalytische psychotherapie bij migranten en vluchtelingen, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 60 (7/8), 681-702.
- Graaf, R. de, M.L. ten Have, S. van Dorsselaer, C.G. Schoemaker, A.J. Beekman & W. Vollebergh (2005). Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische comorbiditeit. Resultaten van Nemesis, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 703-716.
- Graafsma, T. & Tieken, J. (1987). Leven in een 'condición migrante'. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.
- Grinten, T. van der (1987). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Een historisch beleidsonderzoek. Baarn: Ambo.
- Grotenhuis, R. ed. (2003). *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Haan, de (1993). *Improviseren in een caleidoscoop. Management en innovatie van de geestelijke gezondheidszorg voor migranten*. Leiden: s.n.
- Harchaoui, S. (2005). Met zijn allen naar een Nieuw Land. *NRC Handelsblad*, 24-02-2005.
- Hartog, H. & Molenaar, S. (2004). *Migrant-friendly Hospitals*, final report. Amsterdam: AMC.
- Have, M. ten, Rodrigues, M. & Bijl, R. (1996). *Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen*. Utrecht : NcGv.
- Heezen, S. (1987). De betekenis van de culturele antropologie voor de psychiatrie: benaderingswijze en toepassingsgebieden. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.

- Helberg, G.O. (1994). De invloed van migratie op de geestelijke gezondheid. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 79-83.
- Hilderink, I. & Land, H. Van 't (2008). *GGZ in Tabellen 2007*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hjern, A. & Jeppson, O. (2004). Mental health care for refugee children in exile. In Ingleby, J.D. (2004) *Critical Psychiatry. The politics of mental health*. Free Association Books. Originally published in Great Britain by Penguin Books, Ltd, 1981.
- Hoekstra, M. (2004). *Passende zorg voor een bijzondere doelgroep*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hoogsteder, M. (2005). Eigen zorgorganisaties voor migranten? *Cultuur Migratie Gezondheid* 0405, 44-46.
- Hoogsteder, M. (2009). Culturalisme en organisatiecultuur in de zorg. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0109, 37-41.
- Hosper, K. (1999). *Allochtone cliënten in de ambulante GGZ: een inventarisatie van klachten, oorzaken, hulpvragen en hulpaanbod vanuit het perspectief van hulpverleners en cliënten*. Utrecht: Trimbos.
- Ingleby, J.D. (2003). Kennisontwikkeling. In Grotenhuis, R. ed. (2003). *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Ingleby, J.D. (2004) *Critical Psychiatry. The politics of mental health*. Free Association Books. Originally published in Great Britain by Penguin Books, Ltd, 1981.
- Ingleby, J.D. (2006). Getting Multicultural Health Care off the Ground: Britain and The Netherlands Compared. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, vol. 2, issue 3/4, 4-15.
- Ingleby, J.D. & May, R. (2008). Samen of apart? *Phaxx*, 2008, nr. 4, p11-13.
- Ingleby, J.D. (2009). Migranten en etnische minderheden in de Nederlandse gezondheidszorg: een internationaal perspectief. In Sbiti, A. & Boedjarath, I. *Gekleurde gekte*. Rotterdam: Mikado.
- Jacobs, C., Spaan, J., Bijl, R. & Wilken, J.P. (1993). *Jaarboek GGZ 1993*. Nationaal Ziekenhuisinstituut – NcGv.
- Jessurun, C.M. (1993). *Transculturele vaardigheden*. Utrecht: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders.

- Jessurun, C.M. & Arends, A. (1990). Omgaan met verschillen: etniciteit en hulpverlening. *Systeemtherapie* 2, p. 126-142.
- Jong, J.T.V.M., de (1995). Psychodiagnostiek van allochtonen: de casus van de schizofrenie. *Culturen binnen psychiatriemuren*, III.
- Jong, J.T.V.M., de & Berg, v.d. M. (1996). *Transculturele Psychiatrie en Psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kalverboer, M.D. & Zijlstra, A.E. (2006). *Kinderen uit asielzoekersgezinnen en het recht op ontwikkeling. Het belang van het kind in het vreemdelingenrecht*.
- Karsten, C.J., Koops, S. & Sookhoo, A. (1996). *Missers, mythen en mogelijkheden. Hulpvragen van allochtone cliënten*. Amsterdam: Riagg Zuidoost.
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (eds) (1997). *Social Suffering*. University of California Press & Oxford University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De psycholoog*, 33, 151-157.
- Knipscheer, J.W., Klaveren, M.N. van, Kleber, R.J. & Jessurun, R.W. (1999) Surinamers in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek naar hulpzoekgedrag en gezondheidsklachten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 6, 591-604.
- Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2005). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Boom onderwijs.
- Knipscheer, J.W., & R.J. Kleber (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 717-724.
- Kloosterboer, K. (2009). *Kind in het centrum. Kinderrechten in asielzoekerscentra*. Den Haag: Unicef Nederland.
- Komen, M.M. (2005). De deur gewezen. Ervaringen van allochtone jongeren met discriminatie in het Haagse uitgaansleven, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (7/8), 735-744.
- Koning, M., de (2008). *Het zoeken naar de zuivere Islam. Geloofsbeleving en identiteitsvorming van jonge Marokkaans-Nederlandse moslims*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Korrelboom, C.W. (2000). Beknopte inleiding over emoties en (een beetje) over culturen. *Culturen binnen psychiatriemuren*, VIII, 7-10.

Kortmann, F.A.M., A.K. Smilde & J.Th. Venema (1987). Buitenlanders behandelen met biofeedback, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 42 (7/8), 810-821.

Kortmann, F.A.M. (1996). Diagnostiek en behandeling van depressies in de transculturele psychiatrie. *Culturen binnen psychiatriemuren*, IV.

Kortmann, F.A.M. & Oude Voshaar, R.C. (1998). Farmacotherapie bij etnische minderheden. *Culturen binnen psychiatriemuren*, VI, 11-20.

Kortmann, F.A.M. (2002). Interculturalisatie op maat. Reactie op het manifest 'Interculturele geestelijke gezondheid'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (1) 52-63.

Kortmann, F.A.M. (2003). Culturele competentie en de psychiater. In Braakman, M., Mensinga, M. & Rohlof, H. *Culturen zonder muren*, p11-12. Badhoevedorp: Mension.

Kosutic, Z. (1993). Eerste ervaringen met de opvang van Kroatische en Bosnische vluchtelingen. *Culturen binnen psychiatriemuren*, I, 34-38.

Kouratovsky, V. (2007). Ontwikkeling en inwikkeling: naar een cultuursensitieve diagnostiek en therapie voor kinderen en adolescenten. In Beunderman, R., Savenije, A., Rijke, F. de & Willems, P. *Interculturalisatie in de Jeugd-GGz, wat speelt er?* p166-178. Assen: van Gorcum.

Kramer, S.A. (1999). *Het psychologiseren van politieke ervaringen*. Utrecht: ISOR.

Kramer, S.A. (2000). *Gezocht: asiel en hulp*. Utrecht: ISOR.

Kramer, S.A., Bala, J., Dijk, R. van, Öry, F. (2003). *Making sense of experience*. Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers. Utrecht: USBO.

Kramer, S.A. (2004). *Interculturele competentieprofielen in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.

Kramer, S.A. & Cense, M. (2004). *Overleven op de vierkante meter*. Utrecht: Pharos en TransAct.

Kramer, S.A. (2007). *Nieuwsgierig blijven. Implementatie van de interculturele competenties in de GGZ*. Rotterdam: Mikado.

Laban, K. (2003). Lange asielprocedure ondermijnt psychisch welzijn. *Psy* 6, p11.

Lamers, P.A.Q.M. (1987). *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan de Rijn, Samsom Stafleu.

Langelaan, M. (2009). Interculturalisatie is niet gelukt. *Psy* (5), p10-14.

- Langendoen, I. (1995). *Allochtone cliënten binnen de RIAGG Westelijk Utrecht*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In Gentry, W.D. (ed) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Limburg-Okken, A.G. (1981). Identiteitsonzekerheid bij Marokkanen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8, 625-634.
- Limburg-Okken, A.G., & W.P.M. Jansen (1987). Psychiatrische praktijkervaringen met Marokkaanse en Turkse cliënten bij de Riagg Stad Utrecht, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 42 (7/8), 770-784.
- Limburg-Okken, A. (1989). *Migranten in de Psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Malik, K. (2009). *From Fatwa to Jihad: the Rushdie Affair and its Legacy*.
- Marsella, A.J., Bornemann, T., Ekblad, S. & Orley, J. (eds.) (1994). *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington DC: American Psychological Association.
- May, R.F. (1993). Migranten in de Ggz, het beleid: consequenties voor de praktijk. *Culturen binnen psychiatriemuren*, I, 5-10.
- May, R.F. (2009). *Psy*, 9, p
- McGoldrick, M., Pearce, J.K. & Giordano, J. (1987). *Ethnicity and Family Therapy*. New York/ London: The Guilford Press.
- Meeteren, M. van (2005). *Discoursen van integratie. De omslag in het politieke debat over integratie in Nederland*, ongepubliceerde scriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Mengistu, A. (1999). *Acute psychiatrie in de RIAGG's Amsterdam Oost en Zuidoost*. Amsterdam.
- Meurs, P. & Gailly, A. (1998). Verlangen naar verwevenheid met cultuur van herkomst. De psychodynamiek van migratie in verschillende gedaanten. In: P. Meurs, en A. Cailly (red), *Wortelen in andere aarde. Migrantgezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Montreuil, A. & Bourhis, R.Y. (2001). Majority Acculturation orientations toward "Valued" and "Devalued" Immigrants. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32 (6) 698-719.
- NcGv (1994). *Jaarboek GGZ*. Utrecht: NcGv.

- Oei, K. (2003). Culturele competentie binnen de context van de forensische psychiatrie. In Braakman, M., Mensinga, M. & Rohlof, H. *Culturen zonder muren*, p31-35. Badhoevedorp: Mension.
- Oliemeulen, L. & Thung, F.H. (2007). *Ongehoord. Aansluitingsproblemen bij de behandeling van psychotische patiënten uit verschillende etnische groepen*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant
- Orücü, H.Z. (1987). Over het beïnvloeden van het motivatie-houding-verwachtingspatroon van Turkse cliënten voor gedragstherapeutische behandeling. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.
- Pannekeet, C., e.a. (1987). Op weg naar een geïntegreerde hulpverlening. Een Riagg-project voor Turken en Marokkanen, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 42 (7/8: 'Migranten bij de Riagg'), 755-769.
- Paris, J. Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders* 12 (4), 289-301.
- Penninx, R. (1996). De Nederlandse samenleving en haar immigranten. In Jong, J. de & van den Berg, M. (1996). *Transculturele psychiatrie & psychotherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Perquin, N. (2003). Culturele competentie en de psychotherapeut. In Braakman, M., Mensinga, M. & Rohlof, H. *Culturen zonder muren*, p14-17. Badhoevedorp: Mension.
- Preijde, L. (2003). Culturele competentie en de verpleegkundige. In Braakman, M., Mensinga, M. & Rohlof, H. *Culturen zonder muren*, p24-29. Badhoevedorp: Mension.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2005). *Niet langer met de ruggen naar elkaar*. Den Haag: Sdu.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) (2000a). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) (2000b). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Redactie Struijs, A.J. & Wennink, H.J. Trimbos, Utrecht en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer.
- Ramdas, A. (2009). De mythe van de tijdelijkheid. In Sbiti, A. & Boedjarath, I. (2009). *Gekleurde gekte*. Jubileumboek. Rotterdam: Mikado
- Rapportage Integratie Minderheden. (2003). Tweede Kamer vergaderjaar 2003-2004, 29 203, nr. 1.
- Reijneveld, S.A. & Herten, L.M. van (2000). *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen*. Zeist: TNO Preventie en Gezondheid.

- Rezvanmehr, S. (1999). Interculturele conflicten in de psychiatrie. *Culturen binnen Psychiatriemuren* VII, 45-56.
- Rexwinkel, M. (2007). Ouder-baby behandeling in migrantengezinnen. Beunderman, R., Savenije, A., Rijke, F. de & Willems, P. *Interculturalisatie in de Jeugd-GGZ, wat speelt er?* P105-116. Assen: van Gorcum.
- Richters, J.M. (1996). De ezel, de koekoek en de nachtegaal. Vrouw, depressie en cultuur. *Culturen binnen psychiatriemuren*, IV, 13-24.
- Rogler, L.H., Malgady, R.G., Constantino, G. & Blumenthal, R. (1987). What do Culturally Sensitive Mental Health Services Mean? The Case of Hispanics. *American Anthropologist*, 42 (6), 565-570.
- Rohlof, H., Groeneberg, M. & Blom, C. (1999). *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos.
- Rohlof, H. & Haans, T. (1995). *Groepstherapie met vluchtelingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rohlof, H. (2005). Gevolgen in de ggz van de moord op Van Gogh. *Cultuur Migratie Gezondheid* 0205, 34-38
- Sarucco, M. (1994). Enkele persoonlijke ervaringen van een allochtone hulpverlener bij de Bijlmerramp. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 49-56.
- Sbiti, A. & Boedjarath, I. (2009). *Gekleurde gekte*. Jubileumboek. Rotterdam: Mikado.
- Scheffer, P. (2000). Het multiculturele drama. *NRC Handelsblad* 29 januari 2000.
- Scheffer, P. (2007). *Het land van aankomst*. De bezige bij.
- Schell, P. (1994). Trauma en culturele achtergrond. *Culturen binnen psychiatriemuren*, II, 15-20.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in Action*. New York: Basic Books.
- Schuster, J. (1999). *Poortwachters over immigranten. Het debat over immigratie in het naoorlogse Groot-Brittannië en Nederland*. Amsterdam: Het Spinhuis
- Schwarz, R. (2003). Culturele competentie binnen de context van de ambulante psychiatrie. In Braakman, M., Mensinga, M. & Rohlof, H. *Culturen zonder muren*, p37-39. Badhoevedorp: Mension.
- Seegers, F. (2007). *In debat over Nederland*. Den Haag: WRR

- Selten, J-P., & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry* 187: 101-102.
- Sexton, T.L. & Alexander, J.F. (2002). FBEST: Family-based empirically supported treatment interventions. In: *The Counselling Psychologist*, 30, 238-261.
- Sieval, Z.M. (1987). Een systeemtheoretische visie bij migrantenproblematiek, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 42(7/8), 801-809.
- Silove, D., Sinnebrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Journal of Nervous and Mental Disease* (2), 153-159.
- Six, M.J.A., Örüçü, H.Z. & Botros, A. (1981). Migratie en geestelijke gezondheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 7/8, 645-655.
- Slutzky, M. (1997). Discriminatie op het werk – bestaat dat? *Arbomagazine*, 13(5), 16-17.
- Sprock, A.P.I. & Perquin, N.A.M. (1996). Ambulante casuïstiek. *Culturen binnen psychiatriemuren*, IV, 63-66.
- Steinberger, R. (1999) Homoseksualiteit onder mannen uit islamitische landen. Naar homovriendelijke en transculturele hulpverlening. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 6, 641-653.
- Straaten, F. van (2009). *Haat verdrijven door censuur heeft geen zin*. NRC, 1-8-2009.
- Sue, S. (1998). In Search of Cultural Competence in Psychotherapy and Counseling. *American Psychologist* Vol. 53 no 4, 440-448.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-reflected areas. *Social Science & Medicine* 48: 1449-1462.
- Swalen, A.P.M. (1987). Migranten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg; opnamen van allochtone Amsterdamse patiënten in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.
- Tamsma, N. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Bilthoven: RIVM
- Tatlicioglu, A. & Wolthers, L. (2004). *Stand van zaken interculturalisatie. Cultuurverschillen binnen en buiten de muren*. Groningen: Mesdagkliniek en Utrecht: USB0.

- Terpstra, J. (1987). 'Dat kan toch niet! Jij woont al elf jaar hier!' Hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse jongeren. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.
- Thung, F.H. & Demiralay, S. (2002). Alibi-Ali of de wonderlamp van Aladin? Allochtone hulpverleners in een autochtone GGZ-instelling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1, 64-73.
- Tuk, B. (2005). *Gezondheid, veiligheid en ontwikkelingscondities van jonge asielzoekers*. Kennisdocument. Utrecht: Pharos.
- Tyler, F.B., Brome, D.R. & Williams, J.E. (1991). *Ethnic Validity, Ecology and Psychotherapy. A Psychosocial Competence Model*. New York: Plenum Press.
- Vedder, P. & van de Vijver, F.J.R. (2003). De acculturatie en adaptatie van migrantenjongeren in Nederland. Een vergelijkende studie. *Migrantenstudies*, Themanummer Jeugd, 19 (4) 252-265.
- Veenman, J. (1994). *Participatie in perspectief. Ontwikkelingen in de sociaal-economische positie van zes allochtone groepen in Nederland*. Houten, Zaventme, Lelystad: BSL / Koninklijke Vermande.
- Veer, G. van der (1998). *Counselling and therapy with refugees*. New York: Wiley.
- Veer, G. van der (2003). In de spreekkamer van de ggz-hulpverlener. In Grotenhuis, R. ed. (2003). *Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen*. Utrecht: Pharos.
- Verkleij, YH. & Verheij, R.A. (2003). *Zorg in de grote steden*. Bilthoven: RIVM en Utrecht: NIVEL.
- Vladár Rivero, V.M.V. (1993). Gedwongen migratie en trauma. *Culturen binnen psychiatriemuren*, 1, 38.
- VluchtelingenWerk (1994). *Basisinformatie*. Amsterdam: VluchtelingenWerk.
- Voets, A. (2008). Marokkaanse druggebruikers in Amsterdam. Gebruik van hulpverlening. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 0408, p230-238.
- Voogt, A. de & Klok, H. (2007). De module multiculturele samenleving. In Beunderman, R., Savenije, A., Rijke, F. de & Willems, P. *Interculturalisatie in de Jeugd-GGz, wat speelt er?* p30-43. Assen: van Gorcum.
- Voogt, W. (2001). *Kwaliteitszorg voor allochtonen*. In Het OGM van 1972 tot 2005. De Bilt: OGM
- Vreeswijk, M. (2008). Goed bevallen?! Zwangere vrouwen zonder verblijfsvergunning en de toegang tot reproductieve gezondheidszorg. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 0408, p194-207.

VROM – Wonen, Wijken en Integratie (2007) *Integratienota 2007-2011 Zorg dat je erbij hoort!*

Walsh, F. (2003). Family Resilience: A framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42, 1, 1-18.

Walter, J. & Bala, J. (2004). Where meanings, sorrow and hope have a residential permit. Treatment of families & children. In J.P. Wilson & Drozdek. B. (Eds.), *Broken Spirits. The treatment of traumatised asylum seekers, refugees, war and torture victims* (pp. 487-521). New York: Brunner en Routledge.

Waning, A. van (1999). *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Assen: van Gorcum.

Watters, C., Ingleby, J.D., Bernal, M., Freitas, C. de, Ruuk, N. de, Leeuwen, M. van & Venkatesan, S. (2003). *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final Report of project for the European Commission*. Canterbury: University of Kent.

Werf, S. van der, Choenni, C., Esajas, H., Geene, R. van & Janssen, M. (1992). *Allochtonen aan het werk: intercultureel personeelswerk en management*. Muiderberg: Coutinho.

Wesenbeek, H.J.M. (1987). De klinische gezinsbenadering bij allochtone patiënten. In Lamers, P.A.Q.M. *Hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samsom Stafleu.

Wienese, G.W.J. (1999). 'Als je huilt, kraken de botten in het graf'. Rouw bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 6, 616-629.

Wierdsma, A.I. & Uniken Venema, H.P. (1996). Ggz-gebruik door migranten in Rotterdam e.o. In Giel, R & Sturmans, F. (red.) *Psychiatrische casusregisters in Nederland*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Wigboldus, D.H.J. (2006). Virtuele stereotypen. *De Psycholoog* 41 (9) 442-448.

Willigen, L.H.M. van & Hondius, A.J.K. (1992). *Vluchtelingen en gezondheid* (twee delen). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Willigen, L.H.M. van (1999). Achtergronden. In Rohlof, H., Groeneberg, M. & Blom, C. *Vluchtelingen in de GGZ. Handboek voor de hulpverlening*. Utrecht: Pharos

Withuis, J. (1998) Cultuur – een minimethodologie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1020-1021.

WRR. (1970). *Nota Buitenlandse werknemers*. Den Haag: Sdu.

WRR. (1979). *Etnische Minderheden*. Den Haag: Sdu.

WRR. (1989). *Allochtonenbeleid*. Den Haag: Sdu.

WRR. (2001) *Nederland als immigratiesamenleving*. Den Haag: Sdu

Wolffers, I. e.a. (2007). Zorgverleners cultureel competent? *Cultuur Migratie Gezondheid*, 0207, 78-86.

Wolffers, I. (2008). Intercultureel addendum angststoornissen. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 0308, p178-179.

Website COA

ZON Mw (2003) *Bewijs voor verschil*. Den Haag.

Curriculum Vitae

Sander Kramer (Ede, 1961) is groepsleider, maatschappelijk werker en cross-cultureel psycholoog. Vanaf 1982 werkt hij in de jeugdhulpverlening.

Achtereenvolgens bij het Orthopedagogisch Project Leefeenheden (OPL) te Utrecht, Boddaert Oudere Jeugd aan de Bredeweg in Amsterdam, het Medisch Kleuterdagverblijf van St. Regionaal Centra Jeugdhulpverlening (RCJ) te Gouda, Bureau Jeugdzorg en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen te Gouda.

Vanaf 1995 werkt hij ook voor de Universiteit Utrecht, als onderzoeker en cursusleider bij de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO).

Vanaf 1999 was hij cursusleider van de Master Interculturalisatie bij de USBO.